

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 11 juillet 1898, à 1 heure

Par EMILE DUBOIS

Né à Chalonnnes-sur-Loire (Maine-et-Loire), le 4 octobre 1867.

Ancien interne de l'hôpital de Tours

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Tours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DE L'OVAIRE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

VARNIER,

HARTMANN, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 11 juillet 1898, à 1 heure

Par EMILE DUBOIS

Né à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire), le 4 octobre 1867.

Ancien interne de l'hôpital de Tours

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Tours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

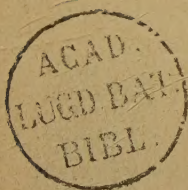
SARCOMES DE L'OVAIRE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

VARNIER,

HARTMANN, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DELA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vauz anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Témoignage de vive affection.

A M. CHARLES MAURICE

PRÉSIDENT DU TRIBUNAL CIVIL DE TOURS,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

A M. BARNSBY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

A M. LE DOCTEUR DUCLOS

PROFESSEUR HONORAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE.

A M. LE DOCTEUR LOUIS THOMAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Internat 1888-1890).

A M. LE DOCTEUR DANNER

DIRECTEUR HONORAIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

A M. LE DOCTEUR LE DOUBLE

PROFESSEUR D'ANATOMIE.

A M. LE DOCTEUR BODIN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE.

A M. LE DOCTEUR THIERRY

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

A M. LE DOCTEUR CAMPENON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

A M. LE DOCTEUR GILLES DE LA TOURETTE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DES HOPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Que je remercie tout particulièrement de la haute bienveillance qu'il n'a cessé de me témoigner.

INTRODUCTION

Depuis un siècle, l'historique des tumeurs de l'ovaire paraît avoir passé par deux phases assez différentes.

Dans la première de ces phases, les kystes étaient plus connus que les tumeurs solides ; dans la seconde, au contraire, on a rattaché les kystes aux tumeurs solides et on les a considérés comme le produit d'une sorte de dégénérescence.

On verra, dans l'anatomie pathologique, comment on explique cette transformation kystique.

Il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs de l'ovaire, mais les tumeurs solides de cet organe sont beaucoup moins fréquentes.

Un coup d'œil jeté sur la littérature spéciale nous en fournit la meilleure preuve.

Scanzoni, par exemple, sur 41 cas de tumeurs de l'ovaire, trouve 25 kystes simples ou composés, 9 tumeurs colloïdes, 5 kysto-sarcomes et 2 cysto-carcinomes.

Ziembicki (1) réunit les chiffres suivants relatifs aux tumeurs solides de l'ovaire : sur 13 tumeurs opérées, il a constaté 7 sarcomes ou cysto-sarcomes, 3 cancers, 1 épithéliome, 1 fibrome et une tumeur colloïde ; et, sur douze tumeurs non opérées, il compte : 6 sarcomes ou cysto-sarcomes, 4 cancers, 1 fibrome et 1 épithélioma myxoïde.

(1) ZIEMBICKI, *Des tumeurs solides de l'ovaire*, thèse Paris, 1875.

De Sinéty prétend que les tumeurs solides de l'ovaire ne se rencontrent que dans la proportion de 1 à 2 0/0.

Schröder et Cohn estiment la fréquence des sarcomes de l'ovaire à 1 0/0 relativement aux kystes,

Heim (1), sur 15 tumeurs solides de l'ovaire, a trouvé 7 cas de sarcomes.

Tous les auteurs sont donc unanimes à admettre l'extrême rareté des sarcomes de l'ovaire : tumeurs auxquelles nous avons l'intention de borner cette étude. Cette rareté est d'ailleurs accentuée par ce fait que ces sortes de néoplasmes se rencontrent généralement à la période de l'activité fonctionnelle de l'organe.

Nous avons puisé l'inspiration de ce travail dans un cas observé à la Maternité de l'hôpital de Tours.

Nous n'oublions pas que nous devons cette observation à M. le Dr Thierry, professeur de clinique obstétricale à l'école de médecine de Tours, et nous lui en adressons nos respectueux remerciements.

Nous avons trouvé, en son chef de clinique, notre excellent ami le Dr Mercier, un guide précieux dans l'élaboration de ce mémoire ; nous avons mis à contribution ses connaissances histologiques et nous lui en exprimons notre vive reconnaissance.

Nos maîtres de Paris, M. le professeur Pinard et M. le Dr Campenon ne nous ont ménagé ni leurs bienveillants conseils, ni leur appui, au cours de nos études médicales ; qu'ils reçoivent ici l'hommage de notre profonde gratitude.

(1) HEIM, *Ueber solide Ovarialtumoren*, Dissert inaug. Erlangen, 1894.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

Les causes qui président à la production des sarcomes sont très mal connues, et la plupart des auteurs masquent leur ignorance en invoquant simplement l'étiologie commune aux autres tumeurs.

Quelques-uns d'entre eux ont cherché, par la simple observation clinique, à déterminer quelles sont les conditions favorisant le développement des tumeurs : Si les uns considèrent la tumeur comme une affection purement locale, au début ; les autres en font un état constitutionnel.

Il est juste de dire cependant que la plupart concilient les deux opinions et admettent un état constitutionnel prédisposant, en même temps qu'ils souscrivent à l'influence déterminante exercée par une cause locale.

M. Quénu (1) pense, et nous sommes de cet avis, qu'il est difficile, à l'heure actuelle, de ne pas accepter cette dernière solution. Les divergences ne pouvant guère porter que sur le plus ou moins d'importance attribuable à l'une ou à l'autre de ces deux notions étiologiques.

A l'appui de la théorie des influences générales, on peut d'ailleurs citer deux faits d'une incontestable valeur : La multiplicité des tumeurs chez un même individu et l'hérédité.

(1) QUÉNU, *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*.

Une autre cause a été invoquée plus particulièrement, en ces dernières années ; nous voulons parler de la théorie parasitaire du sarcome.

Jurgens, qui a été un des principaux promoteurs de cette opinion, pense que certaines formes de sarcomes doivent être considérées comme infectieuses : Il est convaincu que le sarcome peut être transmis, en se servant du tissu néoplasique, pris sur le cadavre, et en pratiquant l'inoculation. Pour le démontrer, il a réalisé un certain nombre d'expériences ; et, notamment, il a injecté dans l'abdomen de plusieurs lapins des parcelles d'un sarcome dans lequel il avait constaté la présence de nombreux sporo-zoaires.

Ces particules commencèrent par être encapsulées par des adhérences, et, pendant un certain temps, la maladie resta à l'état latent.

En examinant ultérieurement les organes, il constata cependant que le péritoine était envahi par un organisme protoplasmique intra-cellulaire, du volume des nucléoles.

Il retrouva, en outre, dans le sang, ce micro-organisme qui s'y était rapidement propagé.

Dans la dernière période d'évolution de l'infection, il remarqua alors la production de nombreuses tumeurs sarcomateuses : d'abord, dans le péritoine ; ensuite, dans les autres organes.

Jurgens croit qu'il s'agit d'un parasite du genre des coccidies, mais n'a pu en déterminer exactement la nature.

Quelle que soit la théorie pathogénique adoptée, l'évolution du sarcome de l'ovaire paraît être soumise à un cer-

tain nombre de conditions qui peuvent être résumées de la façon suivante :

L'origine congénitale du sarcome de l'ovaire est exceptionnelle, et ce néoplasme paraît spécial à la période d'activité fonctionnelle de cet organe.

Toutes les causes de perturbations fonctionnelles de l'ovaire semblent exercer une influence favorable à sa production : On a noté par exemple, l'irritation congestive ou phlegmasique de la glande ovarique dans les commémoratifs de diverses observations.

L'influence du traumatisme a donné lieu à de nombreuses controverses. L'observation n° III nous paraît cependant constituer la meilleure preuve de sa réalité.

D'après certains auteurs, la puerpéralité serait enfin capable de transformer en tumeur maligne, une tumeur antérieurement bénigne.

Il est certain que, si une grossesse, survient chez une femme atteinte préalablement de sarcome de l'ovaire, cette gestation accroît et aggrave dans une notable proportion les accidents provoqués par la tumeur.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Nous adopterons, dans le chapitre qui va suivre, la définition anatomo-pathologique que Cornil et Ranvier (1) donnent dans leur *Manuel d'histologie pathologique*.

Sous le nom de sarcomes, ces auteurs décrivent en effet, « des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur, ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte ».

Un simple coup d'œil jeté sur les observations publiées sous le titre de sarcomes de l'ovaire, suffit à montrer les nombreuses variétés de cette tumeur.

Quoi qu'il en soit, la division la plus généralement admise comporte les variétés suivantes :

1° Sarcome pur.

2° Sarcome kystique.

3° Sarcoma carcinomatosum de Virchow.

4° Adéno-sarcome papillaire.

5° Adéno-carci-sarcome papillaire.

Les deux dernières variétés constituant les variétés papillaires des tumeurs de l'ovaire.

De toutes ces espèces, la plus fréquente est assurément le sarcome fasciculé ou tumeur fibro-plastique, qui a pour

(1) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*.

élément fondamental la cellule fusiforme ou corps fibro-plastique.

Ces cellules fusiformes y sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins grandes ; et, suivant Virchow, les plus petites en constitueraient la variété la plus dangereuse.

Ce sarcome a une consistance compacte, il présente une certaine élasticité et, à la coupe, l'aspect en est dense ; ses faisceaux radiés, blanc-rosé, ne laissent écouler, à l'état frais, par le raclage, pas le moindre suc.

La circulation y est très active ; mais la tumeur est pauvre en vaisseaux artériels.

Les capillaires et les veines atteignent, par contre, en nombre et en dimension, un degré d'accroissement des plus considérable.

Les veines arrivent même à former de véritables sinus, d'où partent, à la périphérie, des troncs, parfois plus volumineux que le doigt.

La structure de ces vaisseaux est loin d'être normale, et les plus petits présentent souvent une dégénérescence hyaline.

Le tissu du néoplasme offre lui-même parfois une dégénérescence grasseuse, et des foyers hémorragiques y ont été rencontrés.

L'importance de cette constatation n'échappera à personne, quand nous dirons que sur ce fait, certains auteurs ont échafaudé la pathogénie de leur transformation kystique.

Cette théorie est d'ailleurs loin d'être unique puisqu'on a incriminé aussi l'opposition qu'à fait de Sinéty à cette manière de voir ; cet auteur prétend, en effet, qu'avec

l'origine folliculaire, on a dû confondre les sarcomes kystiques avec des cysto-épithéliomes, caractérisés par la prédominance de leurs parties solides.

M. Segond (1), dans un récent ouvrage, fait observer que la production de masses sarcomateuses, au sein des kystes de l'ovaire, n'est pas un fait absolument rare, et qu'il est très difficile d'établir « une démarcation tranchée entre les tumeurs solides ayant subi la transformation kystique et les tumeurs liquides à structure complexe dans lesquelles l'élément solide offre une prédominance plus ou moins marquée ».

Eckardt (2) et Pomorsky (3) ont décrit, sous le nom d'endothéliomes, pour bien indiquer qu'elles proviennent de l'endothélium des fentes ou des capillaires des tumeurs, une variété de néoplasmes intermédiaires, au point de vue histologique, entre le sarcome et l'épithéliome de l'ovaire.

Enfin Bourguin (4) parle des formes mixtes de ces tumeurs qui se comportent comme des fibromes, au point de vue clinique, pendant une longue période de leur évolution ; puis, tout à coup, se révèlent sarcomes, par un ensemble symptomatologique plus bruyant :

Il s'agit là, évidemment, de l'évolution de fibro-sarcomes. Anatomiquement, ces fibro-sarcomes sont constitués par une hyperplasie du tissu conjonctif inter-cellulaire. Il

(1) SEGOND, *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*.

(2) ECKARDT, Ueber endotheliale Eierstocktumoren. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1889.

(3) POMORSKY, Endothelioma ovarii. *Ibid.*, 1890.

(4) P. BOURGUIN, *Des tumeurs solides de l'ovaire*. Thèse Paris, 1894.

est dès lors facile d'imaginer tous les intermédiaires qui peuvent relier, en une série ininterrompue, le sarcome pur, au fibrome pur. Ces divers degrés constituent la grande classe des fibro-sarcomes. Ceux-ci, parvenus aux dernières étapes de leur évolution, se comportent comme les pires sarcomes médullaires ; comme eux, ils infiltrent les organes voisins et se généralisent.

Quelle que soit la variété anatomo-pathologique ; les sarcomes de l'ovaire présentent cependant un certain nombre de caractères communs, qui rendent leur évolution identique.

Leur accroissement peut se faire rapidement, et la tumeur acquiert, de ce fait, un volume considérable.

Les sarcomes fasciculés récidivent sur place, et alors, leur texture, étant plus molle, se rapproche davantage du sarcome muqueux, ou même du sarcome encéphaloïde.

Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont plus difficiles à classer ; cependant, la plupart des auteurs les rangent dans les tumeurs malignes.

Ce genre de tumeurs, principalement celles qui présentent des végétations externes, entrent par leur structure, dans la catégorie des tumeurs solides ; car les cavités kystiques y sont peu développées ou comblées de végétations.

Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont des néo-formations épithéliales, dont le stroma conjonctif, qui sert de substratum, est également le siège d'une prolifération active.

« A la coupe, les tumeurs papillaires de l'ovaire donnent différents aspects, suivant le nombre et le volume des

kystes. Lorsque ces cavités sont petites on les trouve presque toujours remplies et distendues par des végétations, et l'aspect général de la tumeur est celui d'une tumeur solide.

Parmi ces cavités papillaires de faibles dimensions, les unes sont superficielles ; les autres, profondément situées. Or il n'est pas rare de voir, sur une même tumeur, parmi les kystes situés à sa surface, les uns prêts à se rompre, les autres rompus.

Aussitôt après leur rupture, les végétations qu'ils contenaient, continuent à se développer et gagnent la surface externe de la tumeur, pour y former des nouvelles proliférations.

En examinant attentivement une coupe de ces tumeurs, on se rend aisément compte de ce mode de développement (1). »

Au point de vue histologique, Malassez et de Sinéty (2) divisent les végétations en deux groupes principaux :

1° Les unes, purement conjonctives.

2° Les autres, mixtes, avec néo-formations épithéliales.

Les végétations purement conjonctives proviennent en grande majorité des involutions de l'épithélium germinatif.

Quant aux tumeurs mixtes, adéno-sarcomes papillaires et adéno-carci-sarcomes papillaires, elles présentent au microscope, les caractères bien connus des tumeurs dont

(1) CAZENAVE, *Des tumeurs papillaires de l'ovaire*, thèse Paris, 1895.

(2) MALASSEZ et DE SINÉTY, *Archiv. Physiol.*, 1879.

elles portent le nom et sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Le développement des tumeurs de l'ovaire n'est pas sans retentir sur les organes voisins.

Lorsque leur volume est assez considérable, il se produit une inflammation du péritoine adjacent, avec formation de fausses membranes à la surface de l'ovaire.

L'ascite est un symptôme ordinaire, alors que le fibrome en comporte rarement.

L'évolution, relativement rapide, influe sur l'état général ; la cachexie succède rapidement à l'invasion du mal ; c'est dire que les malades sont emportés, plutôt par les progrès de la tumeur que par la généralisation de ce néoplasme.

Les déterminations secondaires de ces tumeurs, en des organes éloignés, tels que le poumon, par exemple, sont en effet, exceptionnelles.

CHAPITRE III

Symptômes.

Les tumeurs solides de l'ovaire sont loin d'évoluer suivant un mode symptomatique unique. Les différences qu'elles présentent sur ce point tiennent, non seulement à leur rapidité d'accroissement, mais encore à l'importance des organes qu'elles compriment dans leurs expansions.

Les tumeurs solides de l'ovaire, en dehors de leurs signes physiques, ne présentent en effet d'intérêt que par les troubles fonctionnels qu'elles déterminent, troubles qui sont des phénomènes de compression.

Dans cette étude symptomatique nous envisagerons plusieurs types distincts, réservant au chapitre *Complications*, l'exagération manifeste de certains symptômes.

Une première variété de tumeurs solides de l'ovaire, la plus rare assurément, comprend les tumeurs qui restent latentes pendant un temps plus ou moins long; il s'agit là évidemment, de véritables trouvailles d'autopsie, et comme telles, leur description se résume à leur étude anatomo-pathologique.

Avec le second groupe, nous allons décrire la variété la plus fréquente des tumeurs solides de l'ovaire, celles qui accomplissent une évolution normale, pour aboutir à la cachexie terminale.

La prédominance de tel ou tel phénomène compressif, a fait diviser leur évolution en trois périodes.

Il va sans dire que cette division n'est qu'apparente, et que de multiples intermédiaires les réunissent les unes aux autres.

Dans une première période que nous appellerons *phase d'invasion*, le néoplasme ne se manifeste que par des troubles fonctionnels ; l'absence de signes physiques à cette période, tient moins, en effet, au petit volume de la tumeur, qu'à l'absence d'une localisation exacte des symptômes accusés par les malades, et qu'à la rareté d'observations scientifiquement prises à cette phase.

Les phénomènes prémonitoires d'une tumeur solide de l'ovaire paraissent se réduire à des symptômes d'irritation fonctionnelle de l'organe atteint, ou, plus généralement d'irritation de la zone génitale.

Ce sont, en effet, des sensations de pesanteur, des tiraillements douloureux, des élancements même, que la malade localise vaguement à la région hypogastrique ; les irradiations se faisant, tantôt à la région lombaire, tantôt au périnée ou aux membres inférieurs correspondants.

A cette période appartiennent généralement les troubles de la menstruation (dysménorrhée, aménorrhée), qui s'accompagnent, quelquefois, de modification de la miction et de la défécation.

A cette même période, se montrent, parfois aussi, des troubles anémiques persistants ; et, telle malade, qui a l'aspect d'une chlorotique, n'est, en réalité, qu'une malade atteinte d'une tumeur solide de l'ovaire, non encore diagnostiquée.

Il est des cas, peu nombreux du reste, où un examen minutieux, fait à cette époque, a permis de constater les signes physiques précoces d'un sarcome de l'ovaire.

Si le palper abdominal ne peut fournir en effet que des renseignements assez peu précis, il n'en est pas de même du toucher vaginal et du toucher rectal.

Par la combinaison de ces modes d'investigation, on peut quelquefois sentir l'ovaire lésé, abaissé dans le cul-de-sac rétro-utérin ; et, par suite, en explorer la conformation, la consistance et même la sensibilité.

On peut également par la palpation constater la présence précoce de l'ascite que l'on trouve avec ses caractères habituels. Fluctuation, sensation de flot, ventre de batracien, sonorité dans les régions hautes, matité dans les parties déclives ; ces signes changeant quand on déplace la malade.

L'abondance de l'ascite est variable, mais elle est généralement considérable. Dans ce cas, il y a des signes de compression entraînant des troubles cardiaques ou pulmonaires.

Ces symptômes peuvent se prolonger pendant un temps plus ou moins long, et la maladie arrive ainsi progressivement à sa seconde étape que nous nommerons *étape intra-pelvienne*.

A cette période, les signes de l'affection se précisent ; les signes physiques notamment, acquièrent toute leur netteté et, d'autre part l'expansion de la tumeur comprime de plus en plus les organes du petit bassin, en entraînant des troubles symptomatiques correspondants.

La palpation abdominale à cette période n'est cependant

que d'un secours accessoire ; ses résultats, pour être précis, doivent être combinés à ceux qui sont fournis par le toucher vaginal.

Ce dernier, pratiqué méthodiquement permet de préciser la situation du col utérin qui, selon le degré de développement de la tumeur, sera plus ou moins abaissé ; et comme le néoplasme tend surtout à s'insinuer dans le cul-de-sac utéro-rectal ; il va sans dire que l'utérus tout entier sera reporté en avant et que le col de cet organe sera accolé à la symphyse pubienne.

Le prolapsus de la tumeur, dans les culs-de-sac péritonéaux, peut acquérir tous les degrés, et le doigt, en déprimant ces culs-de-sac, pourra presque toujours sentir la consistance dure et élastique de la tumeur.

Le toucher rectal est un adjuvant utile de ce premier examen ; ses résultats se précisent à cette période et souvent il permettra de faire le diagnostic du point d'origine de la tumeur.

Dans les cas difficiles, Ziembicki recommande de faire l'hystérométrie, car si les fibromes utérins s'accompagnent d'hypertrophie de l'organe et d'augmentation de sa cavité, dans les sarcomes de l'ovaire l'utérus conserve ses dimensions normales. De plus, le moindre mouvement, imprimé à une tumeur faisant corps avec l'utérus, sera transmis à la tige de l'hystéromètre qui l'augmentera visiblement.

La précision progressive des signes physiques se retrouve aussi nette dans les signes fonctionnels.

Suivant que l'expansion de la tumeur se fait dans un sens ou dans l'autre, tel ou tel organe voisin se trouvera comprimé, c'est-à-dire qu'il deviendra douloureux et présentera des perturbations fonctionnelles.

La compression des nerfs du petit bassin se traduit par des névralgies dans les sphères du sciatique ou du crural ; la compression des veines amène la production de varices ou d'œdème des membres inférieurs.

Le rectum peut offrir une perturbation dans son fonctionnement, la constipation, accompagnée ou non d'épreintes, sera la conséquence de son aplatissement sous le poids de la tumeur.

Les troubles de l'appareil urinaire peuvent compléter le tableau symptomatique, ils consistent en dysurie et en ténesme vésical, par suite de l'irritation du bas-fond de la vessie.

D'autres fois ce sont les uretères qui subissent une dilatation considérable en arrière de l'obstacle, par suite de la compression exagérée provoquée par le néoplasme. L'anurie consécutive, le défaut d'élimination des matières extractives, peuvent donner lieu à des accidents urémiques rapidement mortels.

Ces dernières étapes ne sont d'ailleurs atteintes que lorsque des adhérences se sont établies entre la tumeur et les parois pelviennes, en empêchant ainsi l'ascension abdominale du néoplasme.

Quant à la dernière période que nous désignerons sous le nom d'*étape intra-abdominale* ; la tumeur augmentant toujours de volume quitte le bassin et remonte dans le ventre, en faisant diminuer ou cesser les phénomènes de compression, s'il n'y a pas d'adhérences. Si l'on pratique alors, soit le toucher vaginal, soit le toucher rectal, il est impossible de sentir la tumeur.

Le col utérin devient seul accessible, car, dans son as-

cension, elle a entraîné, avec elle, l'utérus et ses annexes.

Si la tumeur est unilatérale, on constate une déviation latérale de l'utérus du côté où elle siège ; si au contraire, les deux ovaires sont envahis, l'utérus se trouve alors enclavé sans déviation, mais fortement abaissé par le poids de ces tumeurs. Dans cette période le meilleur mode d'exploration est le palper abdominal combiné à la percussion.

Par ce mode d'exploration, on peut également apprécier les variétés de forme, de volume, les aspérités et les bosselures de la tumeur ; en même temps qu'il sert à reconnaître la présence de l'ascite et à déterminer la situation de l'intestin. Celui-ci est en effet refoulé le plus souvent dans les flancs ; et, en haut, si par hasard des adhérences l'avaient uni à la face antérieure du néoplasme, on en serait averti par un son tympanique fixe dans toutes les positions du malade.

En dehors de ces conditions, la matité est absolue partout où se trouve une partie solide ou une collection liquide.

Les symptômes énumérés jusqu'ici ne sont pas tant ceux des sarcomes en particulier, que ceux des tumeurs solides de l'ovaire en général.

Les différences qu'offrent les sarcomes semblent porter, surtout sur la rapidité de leur évolution.

Il y a en effet des vomissements précoces, la dysurie est plus hâtive, la marche est plus rapide, et, signe constant, on découvre toujours de l'ascite surtout dans les tumeurs papillaires de l'ovaire.

M. Quénu explique la production de l'ascite dans ces

dernières tumeurs par la sécrétion colloïde de ces végétations qui entraînerait une osmose continue.

C'est souvent ce dernier symptôme qui attire l'attention de la malade et du chirurgien. L'ascite se reproduit rapidement après la ponction comme le prouvent les observations jointes à notre travail.

On observe, en outre, l'infiltration et la veinosité des parois abdominales; l'œdème des membres inférieurs apparaît rapidement, et, dans les sarcomes très vasculaires, des souffles, souvent intenses, peuvent être entendus.

Quant à la présence des ganglions abdominaux ou inguinaux hypertrophiés, elle indique la généralisation sarcomateuse et la cachexie à brève échéance.

CHAPITRE IV

Complications.

L'évolution que nous venons de décrire pour les sarcomes de l'ovaire répond à la grande majorité des cas.

Parfois cependant cette allure progressive se trouve modifiée par l'apparition de signes, que à cause de leur importance et de la perturbation qu'ils apportent dans l'état général, on groupe sous le titre de complications.

Ces complications sont d'ordres divers :

Les unes paraissent dues à une réaction inflammatoire du voisinage, nous voulons parler de la péritonite qui affecte l'allure générale des réactions de cette séreuse, sous l'influence des néoplasmes.

Parfois les phénomènes sont dus à la compression du tube digestif par l'expansion de la tumeur : d'où étranglement intestinal.

D'autres fois les compressions peuvent porter sur les troncs nerveux du petit bassin, et ainsi s'explique l'apparition de certaines dystrophies dans lesquelles on ne peut incriminer le décubitus (eschares des membres et eschares du périnée).

D'autres fois enfin, les vaisseaux sanguins ne sont pas laissés indemnes par le néoplasme : c'est alors qu'on voit

apparaître insidieusement la phlegmatia alba dolens qui ouvre la porte aux embolies.

Toutes ces complications, de quelque nature qu'elles soient, brusquent l'évolution de l'affection et aggravent d'autant le pronostic.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic des sarcomes de l'ovaire est toujours extrêmement difficile, et c'est souvent par élimination qu'on arrivera à le formuler.

Le diagnostic positif de ces néoplasmes se fera par les symptômes qui leur sont propres.

On retrouvera dans le chapitre symptomatologie, tous les éléments de ce problème.

Nous devons cependant insister ici sur deux points essentiels du diagnostic positif, qui sont :

1° L'apparition précoce de l'ascite.

2° La rapidité de l'évolution des tumeurs sarcomateuses de l'ovaire.

La connaissance de ces deux signes, si importante qu'elle soit, n'est pas suffisante pour qu'on soit autorisé à formuler le diagnostic de sarcomes de l'ovaire : c'est plutôt par le groupement comparatif des divers signes énumérés précédemment qu'on arrivera à leur diagnostic probable.

Cliniquement, il importe d'envisager deux formes dans les tumeurs de l'ovaire : l'une, rapide, évoluant en 3 mois à 2 ans, l'autre, lente, évoluant en 2 à 10 ans.

A la forme rapide correspond la majorité des tumeurs solides de l'ovaire, sans distinction absolue de nature, de

leurs éléments constitutifs (Cancer, sarcomes médullaires, productions kystiques, fibro-sarcomes).

Quatre caractères distinctifs :

- 1° le jeune âge des malades ;
- 2° la précocité de l'ascite ;
- 3° la récurrence de l'ascite après la ponction ;
- 4° le mauvais état général.

La forme lente est plus particulière aux fibromes, aux cysto-fibromes et aux kystes dermoïdes :

Quatre signes particuliers :

- 1° âge plus avancé du sujet ;
- 2° peu ou pas d'ascite ;
- 3° pas d'altération de la santé ;
- 4° pas ou peu de perturbations fonctionnelles.

Le diagnostic différentiel devra se faire :

- 1° avec les tumeurs du voisinage ;
- 2° avec les tumeurs à point de départ ovarien.

Parmi les tumeurs du voisinage, les néoplasmes de l'utérus doivent être mis en première ligne.

Le carcinome utérin présente sans doute, à son début, des symptômes fonctionnels comparables à ceux des tumeurs malignes de l'ovaire ; la localisation de l'affection au col de l'organe permettra cependant le diagnostic par le toucher.

Avec le cancer du corps de l'utérus, les difficultés se trouvent accrues ; la fréquence des métrorrhagies dans ce dernier cas, sera pourtant un élément de diagnostic différentiel important.

Les hémorrhagies sont en effet absolument exceptionnelles dans les sarcomes de l'ovaire.

C'est un caractère négatif très important au point de vue du diagnostic différentiel, car l'utérus est presque toujours normal.

Il faut encore ranger, dans les tumeurs de voisinage, les tumeurs solides du bassin. Dans ces cas qui sont d'ailleurs d'une variété excessive, le diagnostic se fera, au début, par l'examen méthodique des malades et par un toucher explorateur minutieusement conduit, analogue à celui qu'on fait quand on veut pratiquer la pelvimétrie interne.

La possibilité d'insinuer son doigt entre la tumeur et la paroi osseuse correspondante sera le point capital du diagnostic.

L'observation que nous avons prise dans le service du Docteur Thierry, montre que parfois une tumeur sarcomateuse de l'ovaire a pu être prise pour une grossesse normale, et qui plus est pour une grossesse à terme.

Le diagnostic différentiel nous semblait cependant facile à faire, puisque, dans ce cas de sarcome, on ne pourra relever aucun des signes de certitude de la grossesse ; en notant en plus que dans la grossesse, à moins d'anasarque, on n'observe jamais d'ascite ; nous ne mentionnerons donc ce point que pour mémoire sans y insister davantage.

Ce que nous venons de dire à propos de la grossesse intra-utérine normale, s'applique aux dernières phases de la grossesse extra-utérine, avec enfant vivant.

Quand il s'agira d'une grossesse extra-utérine, dans les premiers mois, on tiendra compte des signes physiques perçus, de l'évolution progressive de la tumeur enfin la

fréquence de la rupture du kyste fœtal sera un élément important de différenciation.

Tout autre est le diagnostic différentiel du sarcome, d'avec les tumeurs qui ont pour point de départ l'ovaire lui-même : les plus fréquentes de ces tumeurs sont assurément les kystes ovariques. On les reconnaît aux signes suivants : ils se développent insidieusement, ne déterminant, au début, que des symptômes assez vagues, analogues, à ceux de l'ovarite, ils ne troublent pas la fonction menstruelle ; on ne les reconnaît que par le toucher vaginal, combiné avec la palpation, et par le toucher rectal.

Plus tard, la tumeur, arrondie, lisse, mobile, mate à la percussion, s'accroît ; devenant de plus en plus gênante et finissant par envahir toute la cavité abdominale, refoulant en haut et en arrière, tous les viscères qui y sont contenus, et donnant au ventre une forme ovoïde et saillante.

La matité de la tumeur, la fluctuation, quand elle peut être perçue, les bruits de frottement et parfois de souffles dus à la compression des artères, précisent le diagnostic.

Les difficultés, déjà grandes au sujet du kyste de l'ovaire, se trouvent notablement accrues quand on cherche à différencier le sarcome d'avec les autres tumeurs solides de l'ovaire.

Le petit volume de la tumeur, la lenteur de son développement, sa résistance, sa régularité, sa mobilité, l'absence générale d'ascite, ou son apparition tardive et l'état générale de la malade qui reste bon, sont autant de signes en faveur d'un fibrome de l'ovaire.

Le diagnostic de la variété anatomo-pathologique du

sarcome de l'ovaire est impossible à faire avant l'examen microscopique.

La présence de nombreux intermédiaires entre les fibromes purs et les kystes purs d'une part, et les sarcomes purs de l'autre, rend d'ailleurs cette classification presque illusoire, et le microscope, en dehors des commémoratifs établissant le mode évolutif de la tumeur, sera trop souvent impuissant à lever les derniers doutes.

CHAPITRE VI

Pronostic.

La marche des sarcomes de l'ovaire est ordinairement assez rapide comme le prouvent nos observations.

Quant à l'évolution des fibro-sarcomes, elle paraît, d'après nos recherches, être en général plus lente.

La mort est la terminaison habituelle des sarcomes purs ou associés de l'ovaire, si un traitement chirurgical précoce ne vient pas améliorer la gravité de ce pronostic.

Il semble, d'après certains auteurs, qu'il y ait rapport inverse, entre l'évolution de la tumeur et l'âge des malades.

Le pronostic des sarcomes de l'ovaire doit également être envisagé au point de vue obstétrical.

Dans ces conditions deux problèmes peuvent et doivent se poser :

1° La femme atteinte de sarcome de l'ovaire peut-elle devenir enceinte ?

2° La femme enceinte, atteinte d'un sarcome de l'ovaire accouche-t-elle normalement ?

A la première question, nous répondrons que dans les cas d'unilatéralité de la tumeur, il n'y a pas à prévoir de raison pour empêcher l'évolution d'une grossesse.

Il faut cependant se rappeler que le sarcome de l'ovaire

est fréquemment bilatéral et que, dans ces conditions, l'apparition d'une grossesse ultérieure se trouve fortement compromise.

Quant à l'évolution d'une grossesse chez une femme atteinte de ce genre de néoplasme, nous dirons qu'il n'y a pas impossibilité absolue à ce que cette évolution puisse se faire, au moins pendant un certain temps.

Cependant l'allure cachectisante de l'affection doit faire prévoir, dans ces cas, la possibilité de l'interruption prématurée de la grossesse.

Toutes les conditions défavorables, que nous venons d'envisager pendant la grossesse, se trouvent atteindre leur maximum d'intensité au moment du travail, et peuvent provoquer une intervention dyslocique.

CHAPITRE VII

Traitement.

L'importance d'un diagnostic précoce des sarcomes de l'ovaire ressortira nettement quand nous aurons dit que le seul traitement applicable est l'extirpation hâtive du néoplasme.

L'opération doit porter non seulement sur l'ovaire atteint de sarcome, mais souvent encore sur l'autre ovaire qui peut cacher au centre de son parenchyme un début sarcomateux, car on ne doit pas oublier que cette affection est généralement bilatérale.

La coexistence d'une grossesse avec un sarcome ovarique n'est pas une contre-indication du traitement chirurgical. (*Voir observ. M. Pinard, n° 32.*)

A côté de ce traitement curatif, qui sera le traitement de choix toutes les fois qu'il pourra être applicable, existe un traitement accessoire, de second plan; nous voulons parler du traitement palliatif qui visera tout spécialement l'ascite.

Chez une malade inopérable, par suite de la cachexie ou de l'expansion de la tumeur ovarique, on sera toujours autorisé à pratiquer la ponction pour retirer le liquide ascitique et diminuer ainsi la dyspnée extrême qui est l'apanage d'une telle maladie.

A côté de ce traitement local exclusivement chirurgical, le traitement symptomatique trouvera ses indications multiples.

Le traitement général sera enfin le complément indispensable des traitements précédemment exposés.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — *Fibro-sarcome de l'ovaire* (Bull. Société de chirurgie,
13 novembre 1889).

M. Monod présente un fibro-sarcome de l'ovaire, enlevé chez une femme de 59 ans. Cette tumeur avait développé une ascite considérable, ponctionnée à plusieurs reprises et ayant rendu le diagnostic impossible.

Le diagnostic ne put être établi qu'après une laparotomie exploratrice.

OBS. 2. — *Fibro-sarcome de l'ovaire gauche* (Inédite).
(Hôpital Broca, service de M. Pozzi.)

Lucie X..., 38 ans, réglée à 16 ans $1/2$, irrégulièrement ; une première grossesse à 24 ans, une seconde à 26, toutes les deux normales. Une fausse couche de 5 mois $1/2$ environ à 29 ans.

Depuis cette époque, la malade se plaint de gêne, de pesanteur et de quelques douleurs localisées à la fosse iliaque gauche, avec irradiations dans la cuisse gauche. Les règles sont plus abondantes et douloureuses, elles sont suivies d'une leucorrhée profuse.

Il y a cinq ans, la malade s'aperçut en outre, que son ventre augmentait de volume à gauche pour arriver à la grosseur d'un poing.

Il y a trois ans, elle constata que cette augmentation s'était notablement accrue, il en résulta une gêne telle que la malade fut ponctionnée en août 1896. Il fut retiré 5 litres de liquide ambré, clair, et on s'aperçut alors que la tumeur avait triplé de volume (tête d'un fœtus à terme). A partir de ce moment, les douleurs de la fosse iliaque gauche sont plus violentes avec exacerbation au moment des règles qui étaient très abondantes et duraient au moins 15 jours.

En octobre 1896, la malade entre à l'hôpital Broca.

Examen. — Ventre volumineux, contenant une notable quantité de liquide ascitique. A gauche, le palper permet de délimiter une tumeur dure, assez régulière, ne présentant à sa surface que peu de bosselures et dépassant à peine la ligne ombilicale. Cette tumeur est extrêmement mobile et se déplace facilement vers la ligne médiane. Le toucher, combiné au palper, permet d'isoler l'utérus de la masse qui débordé du côté du cul-de-sac vaginal gauche. Elle conserve néanmoins une mobilité très nette, et le doigt arrive assez facilement à faire remonter la tumeur vers la cavité abdominale ; quoi qu'il en soit, la masse semble pédiculée du côté des annexes qu'il est impossible d'isoler. On pose le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire.

Opération. — Laparotomie. — A l'ouverture de l'abdomen, écoulement de liquide ascitique clair. Décollement rapide de quelques adhérences épiploïques, voilant la tumeur. On arrive sur une masse solide presque sphérique, retenue par un pédicule long et mince, au ligament large gauche ; on fait une ligature en chaîne et on enlève la tumeur. Drainage. — Fermeture de l'abdomen à trois plans. Guérison.

Examen histologique. — Fibro-sarcome avec prédominance de l'élément embryonnaire. Poids : 2 kilog. 500.

Obs. 3. — *Double fibro-sarcome ovarique.* — (Due à l'obligeance de M. le Dr THIERRY, inédite.)

La nommée X..., femme de chambre, âgée de 30 ans, est admise d'urgence, le 20 décembre 1897, dans le service de la clinique d'accouchements, à l'hôpital de Tours ; elle était amenée pour une prétendue grossesse gémellaire, compliquée d'un état général grave.

Les *antécédents héréditaires* n'offrent aucune particularité ; le père et la mère sont vivants et d'une très bonne santé habituelle. Cette femme a commencé à marcher vers 14 mois, elle a été réglée à 14 ans. A 16 ans, elle a eu une première bronchite, et une seconde à 20 ans ; cette dernière aurait duré environ 2 mois, elle aurait même amené des sueurs persistantes et une grande faiblesse.

En mars 1892, cette femme est accouchée d'un enfant du sexe masculin, à terme et bien portant. Depuis cette époque, sa santé est de

meurée bonne. Du 25 février au 3 mars 1897, les règles parurent pour la dernière fois.

Leur suppression, le mois suivant, avait, pour l'intéressée, une signification d'autant plus précise que la menstruation n'avait jamais cessé d'être très régulière, sauf au cours de la première grossesse.

Le 1^{er} avril, la femme X... tomba de la hauteur d'une échelle qui lui servait à laver des fenêtres. Le 2 avril, nouvelle chute, involontaire, dit-elle, dans l'escalier, et de la hauteur de 23 marches. Ce dernier accident détermina un très grand ébranlement général et fut accompagné de vives douleurs abdominales. Les ecchymoses consécutives ne disparurent qu'au bout de trois semaines.

À dater de ce moment, la femme X... continua à souffrir du bas-ventre et, peu à peu, elle se sentit grossir. Aucun trouble digestif d'ailleurs ne se produisit, aucune modification non plus du côté des seins. Rien de spécial du côté du système nerveux.

En juillet, elle consulta un docteur qui conclut à une grossesse probable. En octobre, les proportions de l'abdomen s'exagérèrent sensiblement et l'état général devint mauvais ; la fièvre apparut, accompagnée de sueurs, de nausées, de vomissements et d'œdème des membres inférieurs. Cet état s'accrut jusqu'en décembre et la patiente, surprise de ne pas accoucher, inquiète de sa situation, vint dans le service de la clinique se présenter à notre examen.

Le facies est très amaigri, pâle, sans coloration jaune paille particulière. Les seins sont à peine développés, sans aréole foncée, ni tubercules, ni sécrétion caractéristique. L'abdomen est très distendu et augmenté en tous sens ; il déborde en avant et surplombe le pourtour du thorax. La distance du pubis à l'appendice xyphoïde mesure 45 centimètres. La circonférence, au niveau de l'ombilic, 99,5, et la circonférence au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, 94 centimètres. Le palper décèle une tension extrême de la paroi abdominale. Toute la région sous-ombilicale, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et d'un côté à l'autre, est en effet occupée par une masse dure, très régulière en avant, bosselée sur ses limites supérieures. Toute une portion arrondie, située dans la fosse iliaque gauche, simule exactement une tête de fœtus à terme.

Cette portion se continue, vers l'ombilic, par une série de dépressions et de reliefs qui pourraient en imposer pour des membres fœtaux ; d'autant mieux qu'au niveau même de l'ombilic une partie de la tumeur est mobilisable ; cette mobilité est d'ailleurs extrêmement limitée : le doigt ne déplace la tumeur qu'autant qu'il appuie à sa surface, il ne peut la projeter, par une impulsion brève, à la façon d'un corps librement flottant dans un liquide. La tumeur est étroitement fixée dans les fosses iliaques et le bassin ; aucun mouvement spontané n'est perçu.

Par la percussion, on constate une sonorité limitée à l'épigastre, à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au-dessous de la zone sonore, une fluctuation très nette se fait sentir d'un côté à l'autre. Cette fluctuation ne s'étend pas aux fosses iliaques, mais se retrouve, très atténuée, à l'hypogastre, vers la ligne médiane.

L'auscultation ne révèle aucun bruit fœtal, ni aucun souffle.

Le toucher vaginal montre l'excavation en grande partie remplie par une tumeur dont la base occupe toute l'aire du détroit supérieur et dont le prolongement, en forme de cône, descend contre les parois postérieure et latérale gauche du petit bassin.

La consistance en est uniformément dure et semblable à celle de la tumeur abdominale ; la surface en est régulière, lisse, elle soulève et tend la muqueuse du vagin ; elle n'est susceptible d'aucune mobilité.

L'index, dirigé en haut, pénètre avec peine entre le pubis et la tumeur.

Le col utérin est perçu très haut et un peu à droite ; il est collé à la symphyse, sa consistance est ferme et son volume normal. Dans toute sa portion accessible, il paraît nettement indépendant de la tumeur qui remplit le bassin.

Le toucher rectal établit manifestement l'indépendance de la tumeur vis-à-vis des os du petit bassin.

Les membres inférieurs sont œdématisés sur toute leur longueur. Les battements du cœur sont réguliers, faibles, plutôt fréquents.

Le poulx compte 80 à 90 pulsations. La respiration est très gênée, elle ne peut s'effectuer que dans la position assise. Des râles muqueux disséminés, sont perçus aux deux bases. Les sommets offrent de la submatité, bien que l'examen bactériologique des crachats n'ait pas ré-

vélé la présence des bacilles. L'intolérance gastrique est très accusée. Les vomissements bilieux ou alimentaires sont fréquents, seules les boissons glacées sont tolérées. Les urines, normales comme quantité, ne contiennent pas d'albumine.

En résumé, ni le palper, ni l'auscultation ne fournissent des signes positifs de grossesse, et l'exploration du col utérin est manifestement négative à ce point de vue.

La tumeur n'est donc pas constituée par l'utérus gravide ; elle s'est développée, selon toute probabilité, aux dépens de l'ovaire. Son évolution rapide, rattachée à un traumatisme certain, suffit à en établir la nature maligne. L'état de cachexie de la patiente, les proportions excessives et les connexions de la tumeur, interdisent toute intervention radicale.

Le 25 décembre. — La dyspnée est telle qu'une ponction s'impose, elle est pratiquée à un peu plus de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, elle donne issue à deux litres environ de liquide ascitique, citrin, filant. L'écoulement persiste jusqu'au lendemain par l'orifice de la ponction. La température axillaire qui, le soir même, était de 38°, remonte, le 27 décembre, à 38°5, elle retombe à 38°, pour ne pas dépasser 37°5 les soirs suivants.

30. — Les symptômes se sont aggravés, l'oppression est extrême, les vomissements incessants, les douleurs abdominales aiguës. Une nouvelle ponction laisse écouler près de 4 litres de liquide, analogue à celui qui a été retiré lors de la première intervention. L'amélioration qui en résulte est d'ailleurs de courte durée, et la malade succombe le 6 janvier 1898.

AUTOPSIE. — Le péricarde et le cœur sont sains. Les plèvres adhèrent aux deux sommets. Les poumons ne présentent qu'une très vive congestion. L'ouverture de l'abdomen laisse échapper une grande quantité de liquide ascitique citrin. Le foie, la rate, les reins ne présentent aucune particularité.

Du bassin émerge une masse volumineuse, d'un blanc jaunâtre, lisse à la surface ; les contours supérieurs en sont bosselés et adhèrent intimement à l'épiploon. Cette masse est en réalité composée de deux

tumeurs, simplement juxtaposées, se rejoignant sans adhérer, et adossées l'une à l'autre un peu à droite de la ligne médiane.

Toutes deux se rattachent, par l'aileron postérieur, à l'utérus qui paraît comme diminué de volume.

Les trompes infiltrées sont appliquées sur la partie antérieure et inférieure des tumeurs. Il n'y a plus apparence d'ovaires, ou plutôt les tumeurs en tiennent la place.

Le péritoine est injecté et les anses intestinales, qui sont au contact de la tumeur, offrent une teinte ecchymotique. Les ganglions prévertébraux, tous volumineux, ont des dimensions qui varient du volume d'un pois à celui d'un marron. A la coupe, leur aspect est identique à celui des tumeurs principales.

Il n'y a donc, si l'on en excepte toutefois les ganglions prévertébraux, aucune trace de généralisation aux organes voisins.

Examen macroscopique. — La plus volumineuse de ces tumeurs remplit la fosse iliaque gauche, qu'elle déborde même sur une large étendue. Elle est lobulée sur son bord libre et en rapport avec l'intestin.

En bas, elle pousse un prolongement en forme de cône dans le cul-de-sac utéro-rectal et envahit le petit bassin dans toute sa hauteur. Son poids est de 4 kilog. 900. A la coupe, elle présente dans sa partie centrale une cavité kystique pouvant contenir 500 grammes environ d'un liquide clair et visqueux.

La seconde tumeur, plus petite, occupe la fosse iliaque et le flanc droits ; elle est plus régulièrement arrondie et présente des bosselures moins accusées. Elle pèse 1 kilog. 400, et n'offre, à la section, aucune cavité kystique.

Examen histologique (1). — La tumeur présente une coloration rose pâle uniforme ; elle est formée de tissu consistant, mais, à la coupe, le scalpel rencontre des cavités kystiques qui laissent échapper un liquide citrin et visqueux assez abondant. L'examen de ce liquide n'a pu être pratiqué.

Deux fragments, destinés à l'examen histologique, sont prélevés,

(1) L'examen histologique a été fait par le Dr R. MERCIER.

l'un, sur la paroi d'un des kystes au centre de la tumeur, l'autre au milieu du tissu le plus dense. Ces fragments, conservés dans l'alcool à 60°, ont été inclus dans la paraffine, après durcissement préalable. La coloration a été obtenue à l'aide de l'hématoxyline et de l'éosine.

Un premier examen, fait à un faible grossissement, montre sur les deux fragments, mais très inégalement réparties, des pertes de substance qui paraissent être de petits kystes en voie d'évolution. A leur périphérie, la substance constitutive de la tumeur s'est condensée, et les noyaux allongés, colorés en violet par l'hématoxyline, y sont particulièrement abondants.

A un fort grossissement, les détails aperçus précédemment se précisent et la tumeur apparaît, constituée par deux sortes de tissus.

a) A quelque distance des kystes et en des points où les noyaux sont fort rares, on distingue nettement des faisceaux de fibrilles flexueuses, groupées sous forme de tourbillons irréguliers. Il s'agit évidemment là de tissu fibromateux adulte.

b) Au niveau des kystes, on remarque que ces derniers n'ont pas de paroi propre ; ils sont délimités par le tassement des cellules à leur périphérie. Quelques-unes de ces cellules se sont même détachées et leur forme irrégulière permet de supposer qu'elles sont en voie de désagrégation.

L'hématéine a coloré en ce point d'abondants noyaux allongés, et les cellules qui les entourent tendent à se placer parallèlement à la paroi des kystes, sans qu'il y ait cependant disposition absolument systématique : l'examen de la pièce montre en effet de nombreuses cellules coupées sous des incidences diverses. Ces cellules nucléées ne sont pas toutes fusiformes et quelques-unes, plus petites, affectent la forme arrondie. Elles sont enfin tassées les unes contre les autres et la substance unissante est fort peu abondante.

En résumé, la tumeur paraît constituée par la fusion intime de tissu fibromateux et de sarcome kystique.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Sans parler de l'erreur de diagnostic qui a été commise, nous devons insister sur l'existence de deux traumatismes ma-

nifestes, survenus à un jour d'intervalle, qui, selon nous, ont été la cause déterminante de l'évolution sarcomateuse.

OBS. 4. — *Sarcome de l'ovaire droit avec généralisation.* — (L. LA-DOUCE. Thèse Paris, 1890.)

Femme de 29 ans, acouchée onze mois auparavant.

Depuis cette époque, apparition et accroissement rapide d'une tumeur dans le ventre. Celui-ci présente le volume d'une grossesse de 7 mois et mesure 94 centimètres à l'ombilic. La tumeur, dure, convexe, mobile, occupe la fosse iliaque droite et l'hypogastre. L'utérus, mobile aussi, paraît normal ; point de fluctuation.

L'état général est mauvais, fièvre hectique. Constipation. Mort un mois plus tard et cela, un an après l'accouchement.

AUTOPSIE. — Sarcome de l'ovaire droit : 27 centimètres de circonférence, 17 de diamètre. Enveloppe fibreuse résistante, tissu ferme à la périphérie, ramollie au centre.

Vascularité. — Généralisation au foie, au poumon, aux ganglions.

OBS. 5. — *Sarcome médullaire de l'ovaire gauche.* — (CLÉMENTS, *Deutsche Klinik*, 1873.)

Mme N..., âgée de 45 ans, porte, dans le ventre, une tumeur depuis 10 ans. Le développement se fait par saccades. Mais dès la première année, il était du volume d'un utérus à terme.

Malgré des douleurs incessantes, vaquait à ses affaires ; on était obligé de la soutenir quand elle voulait marcher. Les règles venaient irrégulièrement.

Ponction en 1872 ; sang et sérosité.

Mort six semaines après.

AUTOPSIE. — Sarcome médullaire de l'ovaire gauche, de 80 livres, plus 8 livres de sérosité.

OBS. 6. — *Sarcome kystique de l'ovaire.* — (PICQUÉ, in P. BOURGOIN, Thèse Paris, 1894.)

La nommée Anaïs Cuny, âgée de 39 ans, sans profession. Entrée le 14 mai 1891, salle Gosselin, lit n° 11.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

Jamais de maladies.

Mariée à 23 ans, deux enfants, grossesses et couches normales. Deux fausses couches. Dernière couche, il y a cinq ans.

La maladie actuelle a débuté, il y a trois ans, par une effroyable métrorrhagie, qui dura pendant deux mois, sans interruption, et qui jeta la malade dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrêmes. Pendant deux mois, elle resta couchée et se fit soigner par un médecin qui fit des injections vaginales et des piqûres d'ergotine.

Pendant les quatre mois qui suivirent, la malade se porta relativement mieux; les pertes, sans disparaître, étaient devenues plus rares et moins abondantes. Elles se faisaient d'une manière intermittente et irrégulière; depuis cette époque, jusqu'à son admission dans notre service, elle n'a, pour ainsi dire, pas cessé de perdre; mais jamais aussi abondamment que lors de la première métrorrhagie.

Elle raconte que, quelques semaines après ses premiers accidents, elle constata que son ventre avait augmenté de volume; cet accroissement s'est poursuivi d'une manière lente, mais progressive, jusqu'à l'époque actuelle.

Etat actuel. — La malade, depuis quelques mois où elle perd peu de sang, a repris de l'embonpoint; mais elle est très faible; les tégu-ments présentent cette teinte jaune pâle caractéristique des porteuses de fibromes utérins.

Le tube digestif fonctionne bien; jamais de vomissements; aucun trouble du côté de la vessie, ni du rectum. L'abdomen est augmenté de volume; à la palpation, on trouve une tumeur volumineuse, dure, lisse, mobile, indolente. Toucher vaginal: axe de l'utérus normal, culs-de-sac libres; pas de métrite.

Palpation bimanuelle. — La tumeur paraît dépendre de l'utérus. Les troubles fonctionnels se bornent à quelques tiraillements dans la région hypogastrique, avec sensation de poids, irradiations lombaires et inguino-crurales. En somme, la malade entre dans notre service pour des pertes de sang qui, quoique peu abondantes, relativement aux précédentes, existent constamment ; elle ne sait plus quand elle a été réglée.

Diagnostic. — Fibro-myome utérin.

Opération. — Laparotomie médiane, on arrive assez facilement sur une vaste tumeur du volume d'une tête d'adulte, reliée à l'utérus par un pédicule peu épais constitué par la trompe gauche : on reconnaît une tumeur de l'ovaire. Ligature et ablation. La tumeur est lisse ; l'aspect d'un vieux kyste ovarien.

A la coupe, parois très épaisses, constituées par un réseau dont les mailles forment autant de kystes distincts, demi-remplis de liquide jaunâtre ; les travées du réseau sont épaisses, friables, très irrégulières. A la partie centrale de la tumeur, on voit deux poches remplies d'un liquide visqueux, jaunâtre et d'un peu de sang, ces poches sont réunies par un trajet étroit.

Obs. 7. — *Sarcome de l'ovaire.* — *Evolution lente.* — *Castration unilatérale, grossesse gémellaire consécutive.* — (A. ROUTIER, *Médecine moderne*, 1891.)

Mme D..., âgée de 36 ans, toujours bien portante, a eu trois enfants, dont le dernier, il y a 13 ans ; ses accouchements ont été faciles et normaux.

Il y a 7 ans, à plusieurs reprises et plusieurs mois de suite, sans troubles menstruels, elle éprouva des douleurs dans le bas-ventre et vers le périnée, puis tout disparut, sans qu'elle eut fait aucun traitement.

Il y a quatre ans, le ventre gonfla assez rapidement, son médecin ordinaire vit une ascite et fit prendre des diurétiques ; elle avait de l'œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs : tout cela

disparut avec le régime lacté. Notons, en passant, un ictère datant de deux ans.

En août 1889, après un retard de deux mois dans ses époques, elle eut une perte de sang abondante, avec caillots ; en même temps, se montrèrent des adénites dans les deux aines. Le ventre se développa peu à peu.

Quand je vis la malade, le 3 octobre 1890, je constatai que l'abdomen était gros, asymétrique ; la paroi était soulevée par une tumeur débordant la ligne médiane, surtout vers la droite, et qui remontait à cinq larges travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Tumeur lisse, unie, résistante, à fluctuation très obscure, mate à la percussion. La matité se prolongeait dans le flanc droit et se confondait avec celle du foie ; à peine soupçonnait-on, entre le foie et la tumeur, une étroite zone semi-sonore. Le flanc gauche était sonore quelle que fût la position donnée à la malade.

L'utérus, de volume normal, mou, ne se déplace pas avec la tumeur ; les culs-de-sac sont libres ; par le toucher, on sent parfaitement l'ovaire gauche. Il est impossible d'atteindre le droit.

Il n'y a plus trace des adénites inguinales qu'a eues la malade. Je pense à un kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Le 11 octobre 1890, je pratiquai la laparotomie, avec l'aide de MM. Samson et Bouffe ; la paroi abdominale était très saignante, l'épiploon, fortement adhérent à la tumeur, la cachait en entier, il fut lié et séparé de ces adhérences, et put être rejeté par en haut.

Je vis alors que la tumeur était fusionnée avec la paroi antérieure du côté gauche, si bien que, pour l'en séparer, je dus réséquer une partie notable du péritoine pariétal. A droite, un fort rideau pseudo-membraneux rattachait la tumeur à l'intestin ; par une série de ligatures, je libérai ces adhérences, et la tumeur étant libre put être extraite du ventre. C'était l'ovaire droit dégénéré qui tenait à l'utérus par un pédicule épais et charnu ; je plaçai deux fils de soie plate en chaîne, et sectionnai ce pédicule. L'ovaire gauche et la trompe furent examinés, reconnus sains et replacés dans l'abdomen.

Pendant que je suturais la paroi, croyant mon opération terminée, je m'aperçus que le petit bassin se remplissait de sang. Je saisis de

suite le pédicule, les deux fils avaient dérapé et deux grosses artères saignaient. Elles furent liées séparément et, par un surjet de soie, les deux feuillets du ligament furent réunis.

Je refis une toilette soignée du péritoine et saupoudrai le long de l'épais surjet du ligament avec de l'iodoforme, à cause des manipulations multiples, nécessitées par l'accident des ligatures.

La malade avait perdu pas mal de sang, elle était pâle, le pouls filiforme, plusieurs piqûres d'éther, dans le courant de la journée, la remontèrent.

La tumeur enlevée avait grossièrement la forme d'un haricot, elle était volumineuse et mesurait 27 centimètres sur 19. J'avais dû sectionner la paroi abdominale à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La mollesse de cette tumeur était expliquée par les nombreux kystes qu'elle renfermait, dont plusieurs contenaient des masses caseuses, comme un épididyme tuberculeux.

A la coupe, l'aspect de la tumeur gris rosé, tout à fait différent d'un fibrome, nous fit dire sarcome ; des morceaux furent mis de côté pour être examinés ; malheureusement, ils ont été perdus.

Les suites furent des plus simples, quand, huit jours après, j'enlevai les fils de suture de la paroi, la réunion était parfaite. Mais, huit jours après, on allait prendre mesure d'une ceinture, quand, sur la partie moyenne, se développèrent des bourgeons charnus, rouges comme de la gelée de groseille, sans l'ombre de suppuration.

Rapprochés de ce que nous pensions sur la nature de la tumeur, ces bourgeons me parurent être des sarcomes, et, le jour même, je les détruisis avec le thermo-cautère ; c'était le 23 novembre.

Sept jours après, le 30, nouvelle séance de cautérisation au thermo ; six jours après, le 6 décembre, troisième séance de cautérisation. Elle rentra chez elle avec la plaie résultant de ma cautérisation non cicatrisée ; son médecin devait refaire des séances de thermo-cautère.

Vers les premiers jours de janvier, Mme D... me donnait de ses nouvelles ; la plaie était cicatrisée, mais elle éprouvait de violentes douleurs dans les reins et dans le ventre ; je crus que c'étaient les premiers symptômes de la généralisation du sarcome.

Mais le 30 juillet, elle m'écrivit qu'elle était enceinte, et, le 16 no-

vembre 1891, elle vient de me faire savoir qu'elle a mis au monde deux jumeaux : une fille d'abord, bien belle et bien vivante, puis un garçon qui, venu par le siège, avec des circulaires autour du cou, est mort-né.

Depuis cette époque, elle nourrit sa fille et se porte à merveille.

OBS. 8. — *Sarcome de l'ovaire, avec développement sexuel prématuré* (J. H. CROOM, *Lectures on diseases of Women School of medicine Edinburgh*).

Après avoir donné une statistique très intéressante sur les différents cas de menstruation précoces, avec développement sexuel prématuré, le professeur Croom rapporte le cas suivant : On a affirmé, dit-il, que parmi les causes capables de produire des changements dans les phénomènes de puberté, nous devons placer les néoplasmes de l'appareil génital interne. Il semblerait toutefois, que, loin d'être la règle, c'est plutôt une exception.

En vue d'établir la fréquence de cette coïncidence, j'ai examiné les rapports de 36 laparotomies, exécutées sur des enfants non pubères, et dans un cas seulement, il y a eu des symptômes assez accentués pour arrêter l'attention de l'opérateur, et lui faire décrire la physiologie générale de l'enfant. Cet opérateur était M. R. Clément Lucas.

L'enfant âgée de 7 ans avait eu une perte hémorrhagique par le vagin ; cette perte revint durant un séjour à l'hôpital. Elle avait les seins de la grosseur d'une orange, le mont de Vénus accentué et couvert de poils de deux centimètres et demi de long.

C'était un sarcome de l'ovaire droit qui fut enlevé, et l'enfant se rétablit bien. Les pertes hémorrhagiques cessèrent et les seins s'affaïssèrent avant la sortie de l'hôpital.

Mais le cas qui forme la base de cette communication m'a été envoyé par le docteur Forsyth of Eyemouth. C'était une enfant de 7 ans qui souffrait d'une grosse tumeur abdominale.

Avant mars de cette année, elle était parfaitement bien ; ne présentant aucun symptôme anormal ; en ce mois, un garçon abusa d'elle plusieurs fois. Immédiatement après, elle eut un écoulement de sang

par le vagin, qui continua, presque sans interruption, jusqu'à son admission au mois de novembre.

Peu après le viol, son abdomen commença à grossir graduellement, et déjà, à son entrée dans mon service, elle avait un abdomen correspondant à sept mois de grossesse.

Voici les dimensions :

Verticale : 7 pouces $1/2$.

Transverse : 7 pouces $1/4$.

Left oblique : 8 pouces.

Right oblique : 7 pouces $1/2$.

L'impression, lors de son admission, fut que c'était une grossesse, malgré son extrême jeunesse, d'autant plus que ses mamelles étaient très développées, qu'il y avait une ligne bien pigmentée de l'ombilic au pubis, qu'il y avait un développement pileux abondant sur le pubis et la face externe des grandes lèvres, comme le montre la gravure ci-jointe ; et qu'on pouvait entendre un bruit bien marqué des deux côtés de la tumeur.

La tumeur était franchement mobile, ferme et tendue ; mais ne paraissait avoir aucune connexion avec le petit bassin.

Cette absence de connexion et sa solidité absolue me firent, malgré les autres signes, écarter la possibilité d'une grossesse.

On l'anesthésia donc, je fis l'examen vaginal et trouvai les vestiges d'un hymen épais, mais complètement franchissable. Les parois du vagin étaient lisses, le col un peu gros, très mou et quelque peu entr'ouvert. La sonde fut alors introduite dans l'utérus dont on trouva la cavité un peu augmentée, elle mesurait en effet un peu plus de trois pouces. Cette manœuvre causa une hémorrhagie franche.

La possibilité d'une grossesse dans un utérus bicorné se présenta alors d'elle-même, mais un examen prolongé de la malade (ce qui n'était nullement facile chez une enfant) me convainquit que la tumeur était sans connexions avec l'utérus, puisque cet organe pouvait en être facilement délimité par le palper bimanuel, et j'en vins à la conclusion que c'était une tumeur pédiculée de l'ovaire.

En considérant le point de vue grossesse, nous avions pris quelques diamètres pelviens qui furent :

Interspinous, 8 pouces.

Intercristal, 8 pouces $3/4$.

External conjugate, 6 pouces $1/4$.

Il faut absolument noter que le développement du système pileux pubien, l'hémorrhagie interne et la croissance de la tumeur abdominale sont tous des phénomènes entièrement postérieurs et apparemment consécutifs au viol dont elle avait été victime. Mais dans cet ordre d'idées, il faut prêter une grande attention au récit de la mère qui raconte qu'à sa naissance, cette enfant avait les mamelles si développées qu'on craignait des abcès.

Cela tend à montrer que l'enfant qui avait une tendance naturelle au développement précoce, trouva encore un stimulus dans les actes sexuels répétés qui vinrent augmenter l'activité de l'utérus et des deux ovaires. Son développement intellectuel était plutôt au-dessous de son âge.

L'opération fut exécutée le 25 novembre. Ayant incisé les parois abdominales, la surface bleuâtre de la tumeur vint nous révéler son véritable caractère. Il y avait un léger degré d'ascite. On fit l'aspiration de l'intérieur de la tumeur, mais on ne retira qu'une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Il n'y avait aucune adhérence, et la tumeur était parfaitement libre dans toutes les directions.

L'incision abdominale fut agrandie jusqu'à un pouce et demi du cartilage xyphoïde, à cause de l'absolue imcompressibilité de la tumeur. On l'enleva à travers la paroi abdominale et on la trouva attachée à la place de l'ovaire gauche par un pédicule dont l'hémostase fut assurée comme d'habitude. La trompe était tortueuse et très distendue. L'ovaire droit était tout à fait petit, et non encore développé ; la trompe droite était hypertrophiée. L'utérus agrandi, comme l'avait indiqué le cathétérisme antérieure à l'opération. La plaie abdominale était fermée et l'enfant eut un rétablissement ininterrompu.

La tumeur pesait plus de 6 livres. La surface était lisse et douce, et ses parois très vasculaires. Dans sa substance étaient répartis un grand nombre de kystes, séparés par des septa assez lâches et très fragiles. Le contenu des kystes était un liquide transparent et gélatineux. L'as-

pect histologique fut celui d'un sarcome à cellules rondes, à marche rapide, avec parties en dégénérescence muscoïde.

Le 11 janvier 1893, après la communication de la présente note, l'enfant fut examinée, sous chloroforme, avant son renvoi de l'hôpital. Le contour des mamelles est beaucoup moins accentué, et l'aréole brune a quelque peu disparu. La ligne brune est moins distincte ; mais il paraît y avoir plutôt accroissement des poils sur le pubis.

Les petites lèvres, qui étaient grosses et brunes, ont, de nouveau, repris le volume et la couleur normale, et sont moins béantes ; en même temps, la muqueuse vaginale, anciennement brunâtre et injectée, a repris sa couleur rosée. Le col utérin est petit et fermé et a repris sa forme infantile. Le cathéter n'entre plus que de deux pouces, soit un pouce de moins qu'avant l'opération, et il n'y a pas d'hémorrhagie par le vagin.

OBS. 9. — *Sarcome des ovaires.* — (PETIT, *Société d'anatomie de Bordeaux*, 1885).

M. Petit raconte l'histoire d'une jeune fille, âgée de 26 ans, qui était atteinte d'une tumeur, probablement de nature sarcomateuse, des deux ovaires.

Le néoplasme a eu une marche très rapide et la malade a succombé promptement à des accidents asphyxiques et d'obstruction intestinale.

Diminution de la quantité des urines, vers la fin de la maladie, qui ne contenaient que 5 gr. 50 d'urée. Absence de ganglions iliaques et lombaires.

OBS. 10. — *Fibro-sarcome de l'ovaire droit.* — *Ovariectomie.* — *Tétanos.* — *Mort.* — (STILLING, *Deutsche klinik*, 1868, n° 20.)

Mme D..., 36 ans, 5 enfants. Douleurs dans l'hypogastre, suivies de l'apparition d'une tumeur mobile, ayant grossi dans l'espace de neuf mois, au point de gêner la respiration et la marche.

Une ponction devenue nécessaire, donna issue à quelques litres de sérosité jaunâtre, et permit de mieux apprécier les caractères de la tu-

meur. Celle-ci est dure, se laisse déplacer facilement et paraît du volume d'une tête d'enfant. L'abdomen contient du liquide ascitique et mesure bientôt 105 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic.

Col normal. Utérus petit, mobile, indépendant de la tumeur, laquelle n'est pas accessible par le vagin. L'examen par le rectum donne le même résultat.

Enfin l'hystéromètre dénote une cavité de 6 cent. $1/2$, et la sonde, une fois introduite, reste immobile, pendant qu'on déplace la tumeur à travers les parois du ventre. Il est donc évident que l'utérus et le néoplasme n'ont aucune connexion directe.

L'état général, moins bon depuis un certain temps, est cependant assez satisfaisant ; les forces persistent, les fonctions, et principalement les menstrues sont régulières. Ajoutons qu'un parent était mort de cancer des lèvres.

Le diagnostic posé fut celui d'une tumeur probablement maligne de l'ovaire, à cause des antécédents de famille et de la reproduction rapide de l'ascite. On fit néanmoins l'opération, qui était le seul moyen de conjurer une issue fatale.

Etant donné les dimensions de la tumeur, on dut prolonger l'incision très haut. Point d'adhérences. Pédicule constitué par l'extrémité de la tumeur, ayant le diamètre d'un doigt.

Opération. — Tube en verre dans le petit bassin. Durée, une $1/2$ heure.

Très bon état pendant six jours ; puis tétanos. Mort le huitième jour.

AUTOPSIE. — Fibro-sarcome droit. Ovaire gauche, utérus, organes normaux.

OBS. 11. — *Fibro-sarcome de l'ovaire.* — *Opération.* — *Guérison.* — (Thèse L. LADOUCE, Paris, 1890.)

Giovanna C..., âgée de 24 ans, réglée à 16, mère à 17, vit ses époques manquer 3 fois après ses couches, et ne plus reparaitre pendant deux ans.

Des douleurs se manifestèrent dans la région inguinale droite et

dans les lombes, et bientôt après, c'est-à-dire en novembre 1869, apparut une tumeur. Celle-ci occupe toute la région inférieure de l'abdomen, et il est facile de la faire mouvoir librement. Sa consistance est dure, sa forme sphérique et bosselée. Elle est sensible à la pression.

L'utérus, mobile au toucher, semble tout à fait indépendant de la tumeur. Le ventre mesure 0,80 de circonférence. L'état général est médiocre ; la femme paraît vieille, dépérie.

Sur la demande expresse de la malade, lasse de souffrir, l'ovariotomie est pratiquée le 9 mai 1869, six mois après l'apparition du néoplasme. Quelques adhérences légères aux parois et au péritoine.

Ponction de la tumeur. Issue d'un peu de sang et de sérosité. Le volume reste irréductible.

Pédicule large de 0,07 constitué par le ligament large droit, et une partie du ligament gauche. Clamp, durée : trois quarts d'heure.

La tumeur pesait 1447 grammes ; ses dimensions étaient les suivantes : 0,19 de longueur, 0,17 de largeur, 0,09 épaisseur. Le microscope démontra qu'on avait affaire à un fibro-sarcome, avec prédominance du tissu fibreux. Guérison six semaines après.

Obs. 12 (résumée). — *Fibro-sarcome de l'ovaire*. — (NICAISE, *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, Paris, 1881.)

Femme âgée de 54 ans, ayant atteint la ménopause depuis 8 ans, ayant eu 3 enfants ; le dernier à 25 ans. S'aperçoit par hasard, en 1878 qu'elle porte une tumeur dans le ventre, dure, de la grosseur d'une pomme, située à peu près au-dessus du pubis et ne déterminant pas de douleurs.

Jusqu'en 1879, elle ne s'en préoccupe pas ; mais alors quelques coliques rappellent son attention, sa tumeur a augmenté, mais elle éprouve tellement peu de gêne qu'elle peut travailler jusqu'en janvier 1881.

A partir de ce moment, la malade ressentit, dans le ventre, des douleurs très fortes, allant jusqu'à amener, quelquefois, la perte de connaissance ; elle s'affaiblit, maigrit, mais travaille encore un peu,

jusqu'en mars ; le ventre augmente de volume et l'œdème survient aux membres inférieurs, marche impossible.

Le 10 mai. — Ponction par M. Legroux à Laënnec, 45 litres de liquide. A l'examen, MM. Nicaise et Legroux, constatent une tumeur très dure, mobile, ballotante dans la cavité abdominale, dans le sens transversal et vertical.

Utérus mobile, petit. Col sain ; la tumeur paraissait indépendante de lui. Il était difficile, dit l'auteur, de savoir s'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire, ou d'une tumeur fibreuse adhérant par un pédicule à la surface de l'utérus. Il y avait à remarquer : le petit volume de l'utérus l'absence de métrorrhagies et la ménopause remontant à 8 ans.

Le 8 juillet. — Intervention. Tumeur, 1200 grammes. Quelques petits kystes près du pédicule. La plus grande partie est une masse fibreuse, homogène, dure, présentant au centre un commencement de dégénérescence.

Histologie. — Fibro-sarcome avec prédominance de l'élément fibreux.

Obs. 13. — *Fibro-sarcome de l'ovaire*. — (MONOD,
Soc. de chirurg., 1889.)

Femme de 50 ans, atteinte depuis un an d'ascite, ponctionnée cinq fois et donnant chaque fois 20 litres de liquide. L'ovaire gauche est transformé en une tumeur du volume d'un melon de moyenne taille, très mobile, reliée au ligament large par un pédicule mince.

A la coupe, elle est d'une dureté fibreuse, blanche comme un fibrome, avec vascularisations disséminées dans la masse. La surface externe est grossièrement lobulée. La malade, opérée, il y a huit jours, est en voie de guérison. (Il y avait de l'ascite depuis un an ; mais depuis combien de temps cette femme était-elle en possession de sa tumeur sans s'en douter ?)

Obs. 14. — *Fibro-sarcome bilatéral de l'ovaire.* — (In P. BOURGOIN, Thèse Paris, 1894.)

Mme J. R..., âgée de 45 ans, fut réglée à l'âge de 10 ans, sans douleurs et régulièrement.

En janvier dernier, cela diminua jusqu'à cesser complètement. Elle avait eu trois enfants, tous vivants, le plus vieux, âgé de 21 ans. Elle avait eu deux fausses couches ; une 16 ans auparavant, la dernière il y a 3 ans. Sa santé avait toujours été bonne ; son premier malaise commença en janvier dernier, à la diminution de ses règles. A cette époque, elle sentit une pesanteur dans l'abdomen, et enfin une tumeur qu'elle compara à un œuf de poule. Cette tumeur grossit avec la dernière rapidité.

Quatre mois après, elle perçut la seconde tumeur qui grossit aussi graduellement et atteignit l'état actuel ; en peu de temps.

Pendant les dernières semaines, elle avait maigri, perdu ses forces, les urines étaient rares, sa respiration superficielle.

A l'examen, la malade est émaciée, a la respiration courte, l'abdomen distendu par l'ascite. Tout l'abdomen, depuis l'ombilic au pubis, est rempli par une tumeur noduleuse, divisée en deux par un sillon épais.

L'examen vaginal révèle une tumeur dure et noduleuse remplissant complètement l'excavation pelvienne ; le col et la cavité utérine sont normaux, l'utérus, anteversé, est incliné à gauche. Une intervention est décidée.

A l'ouverture une grande quantité de liquide s'écoule ; les tumeurs se présentent immédiatement, elles sont libres de toute adhérence. La malade se rétablit vite ; la température et le pouls étaient normaux 48 heures après. L'examen microscopique révèle un fibro-sarcome.

Obs. 15. — *Fibro-sarcome ovarique.* — *Torsion du pédicule enlevé dans une autopsie.* — (DANIEL T. NELSON, *Soc. Gyn. Chicago*, 1887.)

La malade, âgée de 39 ans, a eu 9 enfants ; après la naissance de son dernier, il y a 7 ans, elle resta 4 ans sans voir ses règles ; mais

dans les 3 dernières années, elle eut des hémorrhagies. Il y a un an, elle remarqua un écoulement liquide par l'anus. Elle semble avoir souffert de quelque inflammation péri-ovarique à droite, puis elle perdit beaucoup de sang par le rectum et parut soulagée. Plus tard, l'inflammation reparut. Il y a 3 mois, elle commença à grossir ; son médecin la crut enceinte, mais ne l'examina pas.

A son entrée à l'hôpital, le 7 juin 1886, pouls à 104 ; température 38° ; le soir, pouls à 132, température 38°2. Deux jours après le pouls et la température avaient un peu baissé. On eut pu opérer, mais on attendit un moment plus favorable qui ne vint pas.

Autopsie. — La tumeur est peu adhérente à la paroi abdominale qui présente à ce niveau de la congestion veineuse ; le pédicule n'était pas assez tordu pour qu'elle soit nécrosée. L'utérus était seulement un peu congestionné.

Obs. 16. — *Fibro-sarcome de l'ovaire droit*
(ZIEMBICKI, *Soc. An.*, 1874.)

Une femme de 22 ans, nullipare. Sans antécédents héréditaires, entre à la Pitié en août 1874, pour une tumeur abdominale.

Le début de l'affection paraît remonter à deux ans ; des névralgies se déclarèrent ; et, vers le mois de janvier 1874, l'œdème envahit les membres inférieurs.

Actuellement le ventre est considérablement développé ; des veines très apparentes en sillonnent les parois.

Ascite abondante, constipation rebelle, pas de vomissements, mais amaigrissement considérable. Une première ponction est faite le 24 août. Elle donne issue à 12 litres de liquide citrin ; aussitôt l'œdème pelvien diminue notablement, les grandes lèvres se dégonflent ; et, dès le lendemain, il est possible de faire un examen sérieux.

Au palper, on délimite une tumeur dure, irrégulière, bosselée, volumineuse, occupant l'hypogastre.

Elle semble plonger dans la cavité pelvienne, et on la déplace facilement dans le sens transversal ; un doigt, introduit à ce moment dans le vagin, constate le déplacement simultané du col. Les mouvements,

communiqués à la tumeur de haut en bas, se transmettent également au col utérin. En un mot la tumeur et l'utérus semblent être en rapport intime.

L'état de la malade n'a pas permis de faire l'exploration avec l'hystéromètre.

Le diagnostic fut incertain ; on pensa à des corps fibreux sous-péritonéaux avec tendance à la pédiculisation ; d'autres soupçonnèrent une affection organique ayant pour siège l'épiploon ou les ganglions mésentériques.

Une deuxième paracentèse devint bientôt nécessaire. A partir de ce moment la maladie marcha rapidement.

Survint la cachexie, et, après huit jours de souffrances, la malade succomba dans le marasme.

AUTOPSIE. — Tumeur solide développée aux dépens de l'ovaire droit. L'examen microscopique fait par M. Malassez, montre que l'on est en présence d'un fibro-sarcome de l'ovaire, avec prédominance d'éléments fibreux.

Quelques adhérences de la tumeur, avec productions kystiques.

OBS. 17. — *Fibro-sarcome de l'ovaire droit.* — (PICQUÉ, in P. BOURGOUIN, Thèse Paris, 1894.)

G... Sidonie, femme Lericolais, journalière, entrée le 11 septembre 1893, salle C., lit n° 9.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 16 ans. Régulièrement.

Règles, durée 3 jours, peu abondantes. Un peu de leucorrhée. Un enfant il y a 12 ans ; grossesse, accouchement normaux.

Depuis deux ans, la malade éprouve des troubles de la miction qui ne peut se faire qu'en plusieurs fois. Depuis la même époque, il lui semble que son ventre augmente de volume. Les règles ont toujours été régulières, comme époque d'apparition, comme quantité et comme durée, sauf pendant une période qui s'est écoulée du mois de janvier 1893, au 6 mai de la même année.

Pendant ce temps, les règles surviennent tous les 15 jours, sans présenter de troubles de quantité ni de durée.

Depuis le 16 mai, l'époque d'apparition des menstrues se régularise.

Vers le 10 août, M. le Dr Picqué voit la malade à sa consultation et porte le diagnostic de tumeur non adhérente.

Premières règles le 7 septembre ; même durée, même quantité que les autres.

Etat à l'entrée le 11 septembre : abdomen peu volumineux, sans déformation à la vue.

Palper. — Permet de reconnaître une grosse masse de consistance très ferme, fibreuse, occupant la fosse iliaque droite, et remontant dans l'hypochondre, jusqu'au voisinage du foie. Cette masse est située tout entière à droite de l'ombilic ; elle se continue, en bas, avec une masse de même consistance qui occupe toute l'excavation pelvienne, arrivant jusque sur les limites de la fosse iliaque gauche, et, en haut, à quelques centimètres (3 à 4 cent.) de l'ombilic. On peut faire basculer la partie supérieure de cette tumeur du côté gauche ; ce qui indique l'absence d'adhérences et de connexion avec les organes voisins.

La surface n'est pas uniforme ; mais, présente de grosses saillies arrondies, accolées les unes aux autres. Toutes ces masses sont de même consistance et aucune n'est fluctuante.

Toucher vaginal. — Le col utérin est situé en avant tout à fait derrière la symphyse pubienne. Le corps de l'utérus ne peut être reconnu par le palper, au milieu des nombreuses nodosités que présente la tumeur qui semble en être dépendante. Cul-de-sac antérieur, libre. Cul-de-sac postérieur, rempli par plusieurs noyaux fibromateux, très durs, non mobiles. Cul-de-sac droit, rempli par une masse très dure, arrondie, que l'on peut soulever légèrement. Cul-de-sac gauche, est également occupé par une grosse masse arrondie, mais moins mobile que la précédente.

Après examen, M. le Dr Picqué porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit.

Laparotomie, le 26 septembre 1893, par M. le Dr Picqué. Incision médiane dépassant l'ombilic et nécessitée par le volume de la tumeur.

Le péritoine ouvert, il sort un peu de liquide ascitique non diagnostiqué.

A cause des nombreuses adhérences qu'il faut rompre, on extrait, avec quelque difficulté, la tumeur solide qui est très volumineuse et formée de plusieurs masses agglomérées.

Quelques-unes de celles-ci, logées au fond du cul-de-sac postérieur et *très adhérentes* rendent l'énucléation difficile, la main ne pouvant aller les saisir, le petit bassin étant occupé par la majeure partie de la tumeur.

Une fois la masse énucléée, on voit que le pédicule très petit, est formé par celui de l'ovaire droit correspondant. Ligature du pédicule à la soie plate. Section, puis attouchement de la surface cruentée avec la solution phéniquée forte. Drainage de Mickulicz plongeant au fond du cul-de-sac postérieur. Suture de la paroi abdominale (au catgut) en 3 plans superposés, 3 fils de soutien à la soie plate.

Suites opératoires normales.

28 septembre, 1^{er} pansement. Douleurs légères pour enlever le drainage légèrement teinté de sang. Il est remplacé par un semblable plus petit.

La plaie a très bel aspect, non douloureuse, sous rougeur. Pas de fièvre.

30 septembre. — 2^e pansement :

On enlève la mèche de gaze iodoformée que l'on remplace par une autre.

2 octobre. — 3^e pansement :

Une petite mèche entre les lèvres de la plaie et la paroi abdominale.

5. — 4^e pansement :

Les trois fils de soutien sont enlevés, ainsi que la petite mèche de gaze iodoformée.

9. — 5^e pansement :

La plaie complètement fermée.

Sortie. — Le 28 octobre, la malade quitte l'hôpital. La cicatrice est linéaire, assez longue, mais sans déformation résultant de désunion.

20 janvier 1894. — La malade jouit d'un excellent état général. On ne constate rien d'anormal par le palper abdominal, ni par le toucher vaginal.

La cicatrice opératoire est toujours aussi régulière, pas d'éventration.

Examen histologique. — Tumeur solide de l'ovaire.

Examen dû à M. CLAUDE, interne des hôpitaux, contrôlé par M. Gombault. — Tumeur dure, homogène ; quelques cavités kystiques à contenu sanguinolent. Les coupes pratiquées en différents points permettent de constater que le tissu de la tumeur appartient à deux types anatomiques intimement fusionnés.

En effet, on observe, sur certaines préparations, des cellules très allongées, à noyau vivement coloré par les réactifs, en forme de bâtonnets. Ces cellulès constituent, par leur réunion, des bandes onduleuses plus ou moins larges entrecroisées de façons variées. Dans l'intervalle de ces bandes, on voit la section d'autres travées coupées perpendiculairement, caractérisées seulement par des noyaux arrondis, entourés d'un protoplasma très réduit. Ce sont des fibres musculaires, lisses, coupées sous des angles différents.

Sur d'autres coupes, on voit surtout de larges faisceaux de fibrilles très flexueuses, forment par places des tourbillons. Leurs noyaux sont très allongés, très aplatis et difficiles à voir. Ces fibrilles sont tout à fait caractéristiques du tissu du fibrome.

Dans l'intervalle de ces paquets de fibrilles, qui ne forment pas des masses très denses, quelques éléments cellulaires arrondis ou irréguliers, oblongs, à gros noyaux ovoïdes.

Ces cellules, qui forment des groupes assez nets par endroits ont l'aspect du sarcome. Les vaisseaux ont, dans ces points, l'apparence de lacunes creusées dans le tissu morbide sans paroi propre.

Somme toute, sur certaines coupes : abondance d'éléments musculaires ; sur d'autres, prédominance du tissu fibromateux. Ailleurs, mélange intime des deux variétés : myome et fibrome. La tumeur serait donc un fibro-myome avec tendance probable à la transformation sarcomateuse sur certains points.

Obs. 18. — *Fibro-sarcome de l'ovaire. — Laparotomie. — Guérison.*
— (PICQUÉ, in P. BOURGOUIN, Thèse Paris, 1894.)

La nommée T... Valentine, âgée de 34 ans, nous est adressée à l'hôpital Lariboisière par notre excellent ami, le Dr Schoull, de Troyes. C'est une femme de constitution robuste, n'ayant aucun antécédent héréditaire ; sa mère est morte à 58 ans d'hémorrhagie cérébrale ; son père, âgé de 67 ans, est bien portant. Rien à noter dans sa famille.

Les *antécédents personnels* sont bons ; elle n'a jamais fait de maladies graves, et ne signale, dans son passé, aucun trouble sérieux du côté des organes génitaux. Elle fut réglée à 13 ans, sans malaises ; de plus, la menstruation s'est faite régulièrement. Les époques sont peu abondantes et surviennent sans douleur. Pas de leucorrhée.

Elle se maria à 23 ans, en 1882. Au bout de 18 mois (fin de 1883), accouchement normal et à terme. Rien de particulier pendant la grossesse. Elle se leva six jours après.

Depuis cette époque, les règles devinrent un peu douloureuses et s'accompagnèrent de quelques pertes blanches.

Nouvelle grossesse, en 1886, sans accidents. L'accouchement se fit normalement et la malade se leva au 4^e jour.

Au bout de 10 mois, troisième grossesse. Le début en fut pénible.

Fatigue générale, douleurs abdominales continues, insomnie persistante, inappétence, vomissements beaucoup plus fréquents et plus pénibles que dans les grossesses précédentes, avortement à cinq mois d'un fœtus macéré.

La malade est restée au lit assez longtemps, mais ne se rappelle pas exactement le nombre de jours. Ecoulement lochial fétide ; n'a pas vu de médecin à cette époque.

Depuis lors, Mme T... a toujours été malade, faiblesse générale ; troubles dyspeptiques, leucorrhée, règles douloureuses mais toujours régulières.

En avril 1891, il se produisit une métrorrhagie qui dura 25 jours, depuis, elle voyait trois fois par mois, pendant 5 ou 6 jours.

Depuis janvier 1892, les règles ont cessé ; elle vient alors voir le

docteur Schoull, pensant qu'elle était enceinte. A ce moment, l'état général est assez satisfaisant, mais il y a un peu d'anémie. Pas de douleurs abdominales. Pas de leucorrhée. Aucun signe de grossesse.

A l'examen, l'utérus abaissé, un peu dur, indolent. Le col est épais ; la muqueuse est en ectropion et présente les signes de l'endométrite cervicale. Le toucher fait constater, dans le cul-de-sac latéral droit, un corps arrondi, dur, lisse, que le toucher bimanuel permet de délimiter exactement.

M. Schoull diagnostique un fibrome utérin, tout en ne s'expliquant pas l'absence des règles qu'il croit devoir attribuer à l'état général. Il institue comme traitement l'écouvillonnage du col à la créosote glycérinée, et pratique des attouchements de la muqueuse à la teinture d'iode, ainsi que l'ignipuncture sur le col.

Injectons chaudes, ovules iodoformés.

Toniques locaux à l'intérieur. Les symptômes s'améliorent rapidement, et la métrite cervicale guérit en six semaines environ. Aucune modification du côté de la tumeur, qui a même notablement augmenté.

La malade revient au bout de quelques mois. L'état général s'est aggravé. La faiblesse est notable. Le col est resté sain, mais la tumeur a beaucoup augmenté de volume ; elle a actuellement, presque le volume d'une tête de fœtus. Elle est dure, bilobée, irrégulière, bosselée et semble adhérente.

C'est dans ces conditions, qu'après avoir diagnostiqué un fibro-sarcome de l'ovaire, M. Schoull me l'adressa à l'hôpital Lariboisière dans l'été de 1892.

A son arrivée, je l'examinai avec M. Périer et nous constatâmes l'état suivant. La malade est notablement améliorée au point de vue de l'état général. Il n'existe aucun signe de cachexie.

Au toucher bimanuel, on trouve, dans le cul-de-sac latéral droit et postérieur, une volumineuse tumeur qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est mobile, de consistance dure, présente une surface très irrégulière et paraît multilobée.

Les connexions avec l'utérus sont les suivantes : la tumeur est manifestement mobile sur l'utérus ; on peut la déplacer de haut en bas, sans imprimer aucun mouvement à l'utérus. L'utérus lui-même, re-

foulé en avant semble être placé au-dessus du pubis, sur la partie latérale gauche de la masse.

L'examen, à l'hystéromètre donne 8 centimètres. L'indépendance absolue d'avec l'utérus, l'absence de syndrome utérin, nous font admettre une tumeur de l'ovaire ; d'autre part, son développement rapide nous engage à confirmer le diagnostic de fibro-sarcome, porté par notre confrère et qui fait honneur à sa sagacité clinique.

L'opération a été faite selon les règles habituelles, avec le concours précieux de MM. Périer et Berger ; la laparotomie a confirmé pleinement le diagnostic clinique. Il s'agissait bien d'une tumeur de l'ovaire, poids de 4 kilogrammes.

L'extirpation en fut facile, mais il existait au fonds du cul-de-sac de Douglas une adhérence peu étendue et qui donna quelques difficultés, au point de vue de l'hémostase.

L'ovaire opposé est intact. La pièce examinée dans le service confirma le diagnostic de fibro-sarcome. La réunion se fit par première intention, sans accident, et la malade quitta le pavillon dans les délais ordinaires.

M. Schoull m'envoya la note suivante :

La malade est rentrée à Troyes en très bon état. Au bout de quelques mois, elle succomba à des accidents cardiaques dont j'ignore la nature.

La malade habitait les environs de Troyes. Je n'ai pas eu le temps d'aller la voir et j'ai demandé les soins d'un confrère de la localité ; mais les renseignements que j'ai eus sur la rapidité, le mode de début des accidents et la mort à brève échéance, me font croire qu'elle a succombé à une myocardite infectieuse. J'avais ausculté autrefois la malade et je ne me souviens pas avoir constaté aucune lésion d'orifice.

Obs. 19. — *Sarcome médullaire de l'ovaire droit, grossesse, 1872.*

— (In L. LADOUCE, Thèse Paris, 1890.)

Femme de 20 ans, mal réglée. Accouchée à la fin de novembre 1869 d'un enfant débile.

Dix-huit mois auparavant, on avait déjà constaté une tumeur dans le ventre. Aucun accident durant les premiers mois de la grossesse, mais quinze jours après les couches, explosion de douleurs violentes.

La tumeur, indolente en elle-même, siège à droite, elle est grosse comme le poing. Sa mobilité est considérable. L'utérus paraît de volume normal et tout à fait indépendant.

Cachexie. — Mort trois semaines après l'accouchement.

AUTOPSIE. — Sarcome médullaire de l'ovaire droit. Adhérences légères à l'intestin grêle. La capsule d'enveloppe est épaissie et vasculaire. Le contenu mollasse, peu riche en stroma. Tous les autres organes sains.

OBS. 20. — *Sarcome kystique de l'ovaire gauche.* — (In L. LADOUCE, Thèse Paris, 1890.)

Femme de 23 ans, bien réglée. Jamais de métrorrhagie. Santé habituellement très bonne.

A la fin de l'année 1870, développement du ventre. Un mois plus tard, on examine la malade et on trouve l'état suivant :

Une tumeur grosse comme une tête d'enfant occupe la fosse iliaque gauche. Elle est consistante, élastique, mobile et plonge dans l'excavation. On la rencontre au toucher et on constate en même temps que l'utérus est sain, petit, et qu'il se laisse facilement déplacer. Une tentative d'hystérométrie a été faite sans succès. Plusieurs ponctions d'ascite. A la deuxième, issue d'un liquide sanglant ; marche rapide. Dyspnée.

OEdème. Marasme, mort, trois mois après le début des accidents.

AUTOPSIE. — Ascite énorme. Sarcome kystique avec cloisons fibreuses, à contenu gélatineux et sanguinolent ; légères adhérences aux parois et à l'intestin grêle. Tous les autres organes sains.

OBS. 21. — *Deux sarcomes de l'ovaire.* — (LANG, *inaug. Dissert. Munchen*, 1884, *Archiv. toc.*, p. 559, 1885.)

Lang communique deux cas de sarcome avec issue fatale au bout de trois ou quatre mois.

Une nullipare, âgée de 27 ans, présentait deux tumeurs, nettement circonscrites dans la région iliaque droite et atteignant le foie.

L'utérus facile à palper. Mort après une ponction.

AUTOPSIE. — On trouva un sarcome primaire de l'ovaire, à cellules rondes avec métastases secondaires dans le foie et les ganglions péri-tonéaux.

A l'autopsie de l'autre nullipare, 52 ans, on constate un sarcome primaire de l'ovaire droit, avec métastases secondaires du péritoine.

Hydropsie inflammatoire, ascite, ulcère rond de l'estomac et myofibromes multiples de l'utérus.

OBS. 22. — *Sarcome des deux ovaires. — Castration.* — (BRINDEL, *Gazette méd.*, Paris, 18 août 1894.)

Mme T..., 33 ans, a eu 3 enfants et a fait deux fausses couches après son dernier accouchement. La dernière remonte à huit ans.

La malade souffre depuis le mois d'octobre 1893 et a fréquemment la diarrhée depuis cette époque. Ce n'est toutefois que depuis 4 à 5 mois qu'elle a senti se développer une tumeur dans le côté gauche de sa cavité abdominale. L'appétit a disparu graduellement et la malade a maigri de 17 kilogr. 500 en 4 mois. Jusqu'ici, elle a été bien réglée, sauf le mois dernier où elle a perdu du sang à deux reprises différées.

A son entrée dans le service du Dr Dubourg, à l'hôpital Saint-André, on sentait une tumeur un peu allongée, arrondie, mobile, dure, indolente, de la grosseur d'une tête de fœtus, dans le côté gauche de la cavité abdominale. Elle ne faisait pas corps avec l'utérus, très mobile sur elle.

Celui-ci était un peu gros ; il était repoussé à droite et ne suivait les mouvements de la tumeur que dans les mouvements d'élévation en masse imprimés à celle-ci.

Par le toucher combiné au palper, on percevait à droite une deuxième tumeur de la grosseur du poing d'un adulte, qui semblait enchâtonnée dans le petit bassin.

L'hystéromètre, poussé jusqu'à l'orifice interne du col, ne le fran-

chissait qu'avec difficulté. L'utérus était mobile sur la tumeur de droite.

L'hypothèse de fibromes sous-péritonéaux se présentait à l'esprit, d'autant mieux que l'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, pouvait bien renfermer des fibromes interstitiels ; toutefois, nous dûmes la rejeter en l'absence de métrorrhagies.

La difficulté qu'on avait à introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, jointe à l'amaigrissement rapide de la malade coïncidant avec un développement non moins rapide de la tumeur abdominale, n'était pas de nature à faire adopter l'opinion de fibrome.

Nous aperçûmes enfin, sur la cicatrice ombilicale, une petite tumeur du volume d'une noisette, qui nous sembla être de nature maligne, et l'idée d'une tumeur secondaire nous parût plus probable.

Cependant la dépression ombilicale, pleine de saleté, était irritée, et l'hypothèse d'une induration irritative chronique ne parut pas devoir être éliminée complètement. Une intervention s'imposait et fut exécutée par M. Dubourg.

La cicatrice ombilicale fut circonscrite par une incision elliptique, dont la queue s'étendit en bas jusqu'au pubis. Après ablation de l'ombilic et section des diverses couches de la paroi abdominale, la tumeur apparut. Facilement attirée au dehors, grâce à l'absence d'adhérences, la tumeur, de forme ovale, bosselée, noirâtre en certains endroits, était retenue au ligament large par un pédicule très court, étalé et mince, qui rendit assez laborieuse sa constriction par une triple ligature en chaîne. Des ligatures de sûreté au catgut furent également faites sur la tranche de section du hile.

Le côté droit fut ensuite exploré ; la main sentit une tumeur de même forme, mais plus petite que la première, ayant les mêmes rapports et retenue dans l'excavation par une seule bride fibreuse de la grosseur d'une petite plume de corbeau,

Cette bride s'implantait sur la face postérieure de la tumeur. La trompe coiffait une partie du néoplasme, mais elle put en être séparée facilement.

La tumeur attirée au dehors, le pédicule parut plus allongé que

celui de l'autre ovaire, et une ligature en chaîne double réussit à amener sa constriction, la plus complète.

L'utérus occupait maintenant sa place normale ; il apparut plus gros qu'à l'état normal et présenta, au doigt explorateur, une nodosité sur sa face postérieure. On n'y toucha point. Le ventre fut ensuite refermé par une suture à étages.

A la coupe, les tumeurs ont l'aspect du sarcome ; la plus petite a même une portion kystique.

OBS. 23. — *Sarcome de l'ovaire. — Ascite légère.* — (OLSHAUSEN, in *Billroth Handb. der Frauen Krankheiten*, p. 424.)

Mme Stoss, 27 ans, voit des troubles menstruels (retards) coïncider avec la production d'une tumeur abdominale qui s'accroît rapidement et qui, au bout d'un an environ, était dure, de contour sphérique, et du volume de l'utérus grandi à sept mois.

La tumeur occupait un peu plus la partie droite de l'abdomen que la partie gauche ; elle présentait la consistance d'un fibrome et une grande mobilité latérale ; la plus grande circonférence du ventre était, au-dessous de l'ombilic, de 87 cent. 5 ; la distance de la symphyse à l'ombilic de 18 centimètres au-dessus de l'ombilic. Affaiblissement. On pouvait constater en outre une petite quantité de liquide ascitique.

La malade avait aussi une hernie ombilicale qui n'était pas complètement réductible. Par le vagin, on ne pouvait atteindre que difficilement la tumeur ; la cavité du bassin était libre ; l'utérus était un peu en rétroversion ; les mouvements de latéralité imprimés à la tumeur ne se communiquaient pas à l'utérus.

On fit la laparotomie, le 16 mai 1876 : le liquide ascitique s'écoula abondamment ; peu d'adhérence, excepté à la partie supérieure de la tumeur avec l'épiploon ; le pédicule est de longueur moyenne. L'autre ovaire, le gauche qui avait un volume quatre fois plus grand qu'à l'état normal, présentait une dégénérescence kystique, fut également enlevé en laissant la trompe : il n'y avait qu'un seul kyste. Après l'opération, il y eut un peu de fièvre qui dura, avec des oscillations, pendant cinq semaines environ ; sept semaines après l'opération, la

malade sortit guérie, et six mois après elle donna de ses nouvelles en disant qu'elle se portait bien.

La tumeur était presque complètement solide ; elle ne présentait, à la loupe que deux kystes du volume d'une petite pomme, kystes qui étaient, sans aucun doute, des kystes de ramollissement. La partie postérieure de la tumeur était un peu aplatie ; le pédicule avait la même conformation que celui des kystes de l'ovaire.

L'examen microscopique démontre qu'elle avait la structure d'un sarcome à cellules fusiformes, avec quelques cellules rondes.

Obs. 24. — *Sarcome de l'ovaire gauche. — Ovariectomie. — Guérison.* — (*Revue Hayem*, p. 571 et 12.)

Femme de 48 ans, atteinte de cachexie profonde. Incision de 25 centimètres de long sur la ligne blanche ; existence d'une adhérence pédiculée, formée presque uniquement de gros vaisseaux et reliant la tumeur au grand épiploon. Nombreuses ecchymoses pariétales dues peut-être aux explorations répétées faites antérieurement.

Vers la fin du deuxième jour après l'opération, tympanisme abdominal, fréquence du pouls, dyspnée. Le lendemain, exagération des mêmes symptômes. Vers minuit, un vomissement bilieux et collapsus du facies. L'administration de poudre de Plummer détermine des évacuations profuses, claires et fétides, à la suite desquelles l'état général si alarmant se modifia du tout au tout. Toutefois la convalescence fut encore retardée par la formation d'un exsudat dans l'épaisseur des téguments abdominaux, au voisinage de la cicatrice opératoire, et par la suppuration d'une des ligatures.

Obs. 25. — *Sarcome kystique des deux ovaires et des deux ligaments larges.* — (PÉAN, *Clinique chirurg.*, 1879-1880.)

Réglée à 13 ans, mariée à 21 ans, grande et robuste ; début à 5 ans, développement rapide depuis trois mois. Incision courte, 15 litres de liquide. Adhérences pariétales et épiploïques généralisées, peu saignantes. Adhérences à l'intestin et à la vessie très saignantes. L'évacuation

du liquide ayant peu diminué la tumeur, je l'incise vers la partie inférieure et j'introduis la main dans une masse sarcomateuse remplie de loges sanguines et purulentes qui s'engagent dans le tissu cellulaire des fosses iliaques, des ligaments larges, surtout à droite, et du bassin.

L'énucléation de ces masses est rendue difficile par la dilatation des veines variqueuses. Le broiement et l'arrachement finis, je constate que j'ai bien fait de ne pas inciser en bas pour faciliter l'énucléation, car j'aurais coupé tout le sommet de la vessie, le cæcum et une longue anse d'intestin grêle qui faisait corps avec le reste de la tumeur.

Je lie séparément l'épiploon, les débris des ligaments larges et du tissu cellulaire qui entoure la masse morbide, je laisse 20 ligatures perdues sur les vaisseaux de la vessie, de l'intestin et des fosses iliaques du bassin. Peu d'ascite.

Toilette du péritoine difficile. Tube à drainage dans le péritoine. Durée, 1 heure 15 minutes.

OBS. 26. — *Sarcome kystique des deux ovaires. — Guérison.* — (PÉAN, *Clinique chirurg.*, 1879-1880.)

Réglée à 18 ans ; mariée à 21 ans ; 2 enfants. Amaigrissement cachectique. Kyste reconnu il y a cinq mois. Depuis, 11 ponctions, dont la dernière, il y a cinq jours, chacune a donné 1 à 5 litres de pus sanguinolent. Œdème des membres inférieurs jusqu'à l'ombilic.

Ventre énorme. Fièvre continue depuis 15 jours, $I = 39$; $P = 140$; filiforme ; incision jusqu'à l'épigastre. Parois vasculaires. Péritoine rempli de sang et de pus provenant des ponctions antérieures.

Adhérences généralisées à la paroi, nécessitant 10 ligatures, et, avec l'intestin nécessitant 20 ligatures perdues. Impossibilité d'attirer la tumeur à cause des adhérences et de la friabilité des parois qui sont très difficiles à distinguer. Nécessité de broyer l'intérieur du kyste. Opération longue : 1 h. 1/2. Toilette du péritoine difficile, nécessitant 30 serviettes et 20 éponges.

Piqûres d'éther pendant l'opération.

Pédicule moyen, lié en deux parties et réduit. Drainage du péritoine. La fièvre et la faiblesse extrême persistent pendant les 8 jours

suivants. OEdème du membre droit le douzième jour qui disparaît 8 jours après.

OBS. 27. — *Sarcome kystique des deux ovaires, des deux ligaments larges et de l'utérus.* — (PÉAN, *Clinique chirurg.*, 1881-1882.)

X..., réglée à 14 ans ; vierge. Très faible, très épuisée. Nervosisme à forme religieuse. Début soupçonné par la malade : 3 ans ; reconnu par le médecin : 5 semaines. Accroissement rapide depuis cette époque. Incision longue de la paroi abdominale, mettant à nu une tumeur de coloration rougeâtre, comme celle des utérus hypertrophiés. Masse solide, percée de petits kystes sanguins, colloïdes, myxomateux remontant à l'épigastre.

Le morcellement les réduit des $\frac{2}{3}$ et permet d'attirer au dehors le reste qui est multilobulé. Extraction de cette portion qui contient des loges kystiques plus grandes que la première ; on constate que l'implantation a lieu à la fois sur les ovaires, le ligament large et l'utérus.

Ablation, par pincement, des ovaires et des ligaments larges, et au fond de l'utérus sur les moignons desquels on place de fortes ligatures perdues. Le reste de l'utérus est attiré entre les deux lèvres de la plaie abdominale à la partie inférieure. Un peu d'ascite sanguinolente. Le moignon utérin est fixé avec des broches et pansé avec le perchlorure de fer et l'iodoforme.

Fermeture complète du reste de la plaie. Durée : 1 h. $\frac{1}{4}$.

OBS. 28. — *Sarcome kystique des deux ovaires, des ligaments larges et du petit bassin.* — (PÉAN, *Clinique Chirurg.*, 1881-1882.)

X..., réglée à 13 ans, mariée à 25 ; pas d'enfants ; début reconnu, il y a dix-huit mois. Développement rapide depuis 6 mois. Amaigrissement extrême dû à l'inanition forcée depuis plusieurs mois. 3 ponctions ; la première, il y a 4 mois a donné 6 litres de liquide citrin ; la deuxième, il y a 6 semaines, par un autre médecin qui a fait une injection iodée, à la suite de laquelle la malade a failli succomber, a

donné 7 litres ; la troisième, faite, il y a 15 jours, a donné 5 litres de liquide hématique, chocolat, et n'a pas diminué sensiblement le volume de la tumeur. Ventre énorme, bosselé, ses parois sont minces, chargées de veines sous-cutanées, dilatées. Incision longue.

Elle montre un état hémophilique et nécessite 40 pinces. Adhérence générale de la tumeur avec les parois addominales et pelviennes, l'épiploon, le paquet de l'intestin grêle. Ouverture de plusieurs loges donnant 15 litres de pus fétide, diminuant de moitié le volume de la tumeur. Extraction de la portion solide, sarcomateuse, par pincement et morcellement. Implantation large sous les 2 ovaires, les ligaments larges, le bassin. La portion solide excisée en dernier lieu pèse 10 kilogrammes. Toilette du péritoine. Suites des plus favorables. Retourne dans son pays le dix-neuvième jour.

Obs. 29. — *Sarcome-kystique de l'ovaire gauche. — Mort par asphyxie.*
— *Autopsie. — Broncho-pneumonie double. — Néphrite intersti-*
tielle. — (PÉAN, *Clinique chirurg.*, 1883-1884.)

V... Louise, 34 ans, brodeuse, entre le 20 juin 1883, salle Denonvilliers, n° 39, avec une dyspnée qui l'empêche de parler ; elle ne répond que par monosyllabes et le seul renseignement qu'elle donne est qu'elle a été ponctionnée, il y a quelques jours, en ville. Facies injecté et maculé de taches de purpura qui occupent aussi le cou et les épaules. Respiration anxieuse et saccadée. Ventre extrêmement distendu, fluctuant ; mais le liquide ne se déplace pas par les changements de position. A droite, dans le flanc, on voit une trace de ponction faite par un trocart.

Au toucher vaginal, col normal, utérus presque immobile. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur du volume d'un œuf de poule, résistante, indolente ; pas d'œdème des jambes. Miction et défécation normales.

A l'auscultation de la poitrine, légère submatité à la base gauche, en arrière.

Amaigrissement considérable. Application de soixante ventouses sur la poitrine ; potion à l'acétate d'ammoniaque et au quinquina. Mort trois heures après son entrée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, péritoine de coloration normale et sans épanchement, mais les intestins sont refoulés en masse et comprimés sous le diaphragme. Le ventre est rempli par une tumeur de 75 centimètres de circonférence, arrondie, molle, fluctuante, à parois épaisses ; parcourue, dans presque toute sa surface, par des vaisseaux de gros calibre. Elle adhère au péritoine dans la fosse iliaque gauche. Son pédicule est au niveau de l'ovaire gauche.

L'utérus paraît plus gros que le poing, mais, à la dissection, on peut l'isoler et constater qu'il adhère intimement à une tumeur dure, lardacée, développée en arrière de lui, constituée aux dépens de l'ovaire gauche : c'est elle que l'on sentait pendant la vie dans le cul-de-sac postérieur. L'ovaire droit a subi également la transformation kystique et a le volume d'un œuf de poule.

Par la ponction de la grosse tumeur, évacuation d'une large poche contenant 4 à 5 litres d'un liquide jaunâtre et visqueux ; en arrière de cette poche, multitude de petits kystes à parois plus foncées, ressemblant à de grosses grappes et contenant un liquide plus teinté et plus épais que celui de la grande poche. Cependant, quelques-uns contiennent encore un liquide clair dans la fosse iliaque gauche ; une nouvelle poche contient deux litres d'un liquide foncé ; dans beaucoup de points les parois de la tumeur présentent une épaisseur de 4 à 5 centimètres et la coupe, à ce niveau, ressemble à celle d'un squirrhe. Légère ascite. L'examen histologique, pratiqué ultérieurement, y a démontré tous les éléments du sarcome.

Poumon gauche très congestionné, surtout à sa base : lobules emphyémateux sur le bord antérieur : noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans le lobe inférieur. *Poumon droit* plus emphyémateux que le gauche ; présente aussi quelques noyaux de broncho-pneumonie.

Cœur de volume normal. Orifices sains. *Foie* un peu gras. *Rate* normale. *Rein gauche*, augmenté de volume d'un bon tiers ; la capsule s'enlève facilement et laisse voir une surface blanchâtre, présentant de légères saillies et dépressions : étoiles de Verheyen très prononcées ; à la coupe, la substance corticale semble augmentée de volume, est pâle et tranche sur la rougeur des pyramides. Le *rein droit* a un volume normal, mais présente, en petit, les altérations du rein gauche. *Cerveau* sain.

Obs. 30. — *Sarcome de l'ovaire ; ovariectomie. — Guérison.* —
(POLAILLON, *Archiv. tocologie*, mars 1885.)

La nommée D... Marie, 48 ans, domestique, entrée le 12 novembre 1884, dans mon service de la Piété, salle Gerdy, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, santé toujours excellente. Réglée à 12 ans, n'a jamais eu d'enfants.

Il y a 3 ans, elle a vu son ventre augmenter de volume du côté de la fosse iliaque gauche. A la même époque, métrorrhagie qui dure 6 semaines. Puis la menstruation redevient régulière ; quelques douleurs dans le bas-ventre.

Depuis 18 mois, le ventre est devenu très volumineux. En même temps, les règles firent leur apparition tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines.

Entrée en 1883 à Lariboisière, on fait une ponction sans résultat.

En 1884, elle entre à la Pitié, chez M. Dumontpallier. Nouvelle ponction, pas de liquide, on pense à une tumeur solide et fait entrer la malade dans mon service pour l'opérer. Le ventre est volumineux, proéminent en avant. Sonorité dans les flancs, matité dans toute la région antéro-latérale. Aucun signe indiquant un épanchement ascitique.

A la palpation, on a la sensation d'une grosse tumeur arrondie, non bosselée, un peu fluctuante, que l'on déplace légèrement par des mouvements de latéralité. Au toucher vaginal : les culs-de-sac sont libres, col normal, corps repoussé et fixé en avant et à droite. En soulevant le col avec le doigt, on soulève toute la masse morbide et le mouvement se communique à la paroi antérieure de l'abdomen.

Le cathétérisme utérin montre que l'utérus n'a pas augmenté de volume.

Fonctions du rectum et de la vessie non gênées. Santé bonne, malgré amaigrissement, douleurs assez vives dans le ventre.

Je m'arrêtai, comme M. Dumontpallier, au diagnostic d'une tumeur ovarienne. Je penchai pourtant vers l'opinion d'une tumeur polykystique dans laquelle le stroma solide formerait le principal élément.

L'idée de fibrome est écartée. Comme la malade n'avait jamais eu de péritonite, il était probable que les adhérences seraient peu nombreuses. L'événement a montré le contraire.

Le 25 novembre. — Ovariectomie. Vers la partie supérieure de la tumeur existe une adhérence volumineuse contenant un paquet de grosses veines, la tumeur n'a pas apparence de kyste. En tirant la tumeur, on sent des adhérences sur les côtés. Il ne reste plus que le pédicule qui se continue avec la corne gauche de l'utérus. Section du pédicule après ligature en fil de fer. Pansement de Lister.

Le jour de l'opération, nausées, quelques coliques et un suintement sanguin assez abondant à la partie inférieure du pansement. Miction spontanée. Pas de gaz par l'anus. Température, soir, 36°.

Pouls, 76. Champagne coupé et glacé.

Le 26. — La nuit a été bonne, l'écoulement sanguin persiste. Après avoir défait le pansement, on voit que le pédicule est couvert d'un gros, champignon de sang coagulé, ce pédicule est le siège d'un écoulement sanguin en nappe. Cautérisation du pédicule avec thermo-cautère. Tampons avec perchlorure de fer. Au bout d'un quart d'heure l'hémorragie recommence malgré nouveaux tampons. J'étreins alors le pédicule avec caoutchouc rouge passé sous la broche et sous les bouts tordus de l'anse du fil de fer.

Nouveau pansement de Lister. La malade est très faible, pouls bondissant, dépressible à 86 le matin et 91 le soir. Quelques coliques. Emissions de gaz par l'anus. Température matin, 37°4 température soir, 37°2.

Le 27. — Champagne, bouillon, lait. Température matin, 37°2, soir, 37°. Pouls, 72.

Le 28. — Pansement. Le pédicule est transformé en une eschare dure. Température, 39°, soir, 38°4. Pouls, 96, matin et 106 soir.

Le 29. — Température matin, 38°, soir, 38°2. Pouls, 96, matin, 90 soir.

Le 30, température matin et soir, 37°6. Première selle depuis l'opération. Potage, côtelette.

Le 1^{er} décembre, pansement. Deux fils profonds et un fil de suture sont enlevés. Le 3, pansement. Tous les fils de suture superficielle sont

enlevés. La peau et les tissus bourgeonnent et suppurent autour du pédicule. Le 6, la plaie est réunie par première intention jusqu'au niveau du pédicule qui se détache de plus en plus. Le 8, une partie du pédicule tombe avec la broche.

Le 10, à la place du pédicule, on voit une plaie en entonnoir, profonde de 7 à 8 centimètres, recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 1^{er} janvier, plaie presque comblée et cicatrisée. Pansement iodoformé.

Le 2, l'opérée se lève, appétit excellent, les forces reviennent de plus en plus.

Le 14, cicatrisation complète.

Le 29, exeat, quelques varices.

Examen de la tumeur. — La pièce a été présentée à la Société d'anatomie, décembre 1884. L'examen, pratiqué par M. Barbier, a démontré que cette tumeur était un véritable sarcome.

Oss. 31 (Résumée). — *Double sarcome ovarique.* — (A. MONPROFIT, Société anatomique de Paris, 1887.)

Femme âgée de 50 ans, placée dans le service de M. Tillaux. Très épuisée, se plaint de douleurs abdominales, succombe au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse. Cette tumeur, grosse comme les deux poings, de forme ovale, à surface bosselée et irrégulière, était attachée au bord droit et au fond de l'utérus par le ligament large, qui lui forme un pédicule, haut d'environ 10 centimètres, membraneux et très peu épais sur toute sa surface, elle ne présente pas d'autre adhérence.

Cette tumeur est dure et résistante ; elle ne présente pas, à sa surface, des kystes ou des points ramollis.

A la coupe, elle offre une résistance analogue à celle du tissu fibreux.

Du côté gauche, le ligament large est étalé et soulevé par une tumeur

dure située au-dessous de lui et que l'on sent dans son épaisseur. La surface de la tumeur est semblable à celle du côté opposé, avec moins d'irrégularité et de bosselures. Sa dureté est la même. On ne trouve pas non plus, de ce côté, l'ovaire, dans le ligament large.

Le fonds de l'utérus est relié à ces deux tumeurs par des brides fibreuses, très minces, assez solides.

Au point de vue chirurgical, il eut été facile d'enlever la première de ces tumeurs, après avoir lié son pédicule ; pour enlever la seconde, il eut été nécessaire d'inciser le bord supérieur du ligament large ; il eut alors été facile d'enucléer la tumeur de sa loge, puisqu'elle ne présentait avec elle que des adhérences assez faibles, sauf au niveau de sa face interne. L'examen histologique des deux tumeurs, pratiqué par M. Louis Guinon a montré qu'elles consistaient en sarcomes fuso-cellulaires fasciculés, peu vasculaires.

Obs. 32. — *Sarcome de l'ovaire droit.* — (SEGOND, *Fonctionnement de Baudelocque*, année 1896.)

Laparotomie pour volumineux sarcome de l'ovaire droit, pesant, avec le liquide qui le baignait, 2 kilogs 850 grammes. La guérison opératoire s'est faite sans incidents ; mais la jeune femme, âgée de 21 ans, a eu une récurrence et a succombé au bout de 4 mois.

Obs. 33 (Inédite). — *Fibro-sarcome de l'ovaire droit.* — (Service du Dr PICQUÉ, maison Dubois.)

La nommée B... Jeanne, 32 ans, a eu une fausse couche à 27 ans, de 6 mois 1/2, à 30 ans nouvelle fausse couche de 2 mois 1/2. Toujours irrégulièrement réglée, leucorrhée abondante.

Douleurs abdominales très vives depuis sa dernière fausse couche. Métorrhagies très abondantes et douloureuses. La malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de *fibrome utérin* (juin 1896).

A son arrivée, outre le symptôme métorrhagie, la malade se plaint de douleurs qui ne sont pas autre chose que des troubles de compression.

Douleurs lombaires avec irradiations dans les cuisses (surtout à droite), troubles rectaux, constipation opiniâtre, pas de troubles vésicaux. Amaigrissement notable depuis un an.

Examen. — Au palper bimanuel, on note à droite la présence d'une tumeur, légèrement irrégulière, immobile en apparence. Elle occupe le côté droit du pelvis, déborde dans la fosse iliaque et empiète en dedans sur la ligne médiane. Il existe une petite quantité d'ascite, et le développement du ventre a apparu rapidement dans moins de six mois.

Au toucher vaginal, on constate la présence d'une masse sphérique bombant dans le cul-de-sac vaginal droit accolée à l'utérus qui est dévié à gauche. Cette fusion apparente avec l'utérus explique bien le premier diagnostic posé de tumeur utérine. Mais en y prêtant attention, on retrouve un sillon séparant la masse néoplasique du globe utérin, et en combinant le toucher au palper, on arrive à mobiliser la tumeur, à la remonter dans la fosse iliaque, l'utérus restant immobile. L'hystérométrie pratiquée donne 8 cent. $1/2$, ce qui finit d'éloigner l'idée de fibrome utérin. On pose le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit.

La laparotomie pratiquée détermine un écoulement de liquide ascitique peu abondant, on arrive sur une tumeur solide de l'ovaire du poids de 4 kilogr. 300, très largement pédiculée mais avec un pédicule très court, de cette façon s'explique le peu de mobilité de la tumeur.

Il n'existe ni adhérences viscérales, ni épiploïques.

On pédiculise assez difficilement, double ligature en chaîne. Drainage. Guérison.

L'examen histologique pratiqué, montre un fibro-sarcome, avec très peu de faisceaux fibreux au milieu d'un tissu embryonnaire très abondant.

OBS. 34 (Résumée). — *Sarcome de l'ovaire droit.* — *Opération de Porro.* — Service de M. le professeur Pinard, clinique Baudelocque (année 1891).

La nommée B..., âgée de 24 ans, entre à la clinique le 16 février 1891

Elle est accouchée une première fois il y a cinq ans à terme d'un enfant mort se présentant par le siège.

Lors de son entrée, elle se croit enceinte : les dernières règles ont eu lieu le 27 septembre.

Le diagnostic présente au début quelques difficultés en raison du développement considérable du ventre, de l'anasarque et de l'ascite ; la malade a une hernie ombilicale assez développée ; albumine dans les urines.

Quelques jours après l'entrée de la femme dans le service, M. Pinard formule le diagnostic de grossesse avec hydropisie de l'amnios *et tumeur juxta-utérine assez volumineuse pour gêner l'accouchement*. Cette tumeur dure, volumineuse occupe le cul-de-sac latéral droit, et ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur ; en raison de son volume. La température reste normale jusqu'au jour de l'opération.

La femme entre en travail le 18 juin. L'opération est pratiquée à midi 1/4 par M. Pinard ; il enlève l'utérus et un sarcome de l'ovaire pesant 883 grammes. La température reste normale, elle s'élève seulement à 38°2 le 21 juin. La malade sort bien portante le 22 juillet.

L'enfant pèse 3370 grammes à sa naissance et 3670 grammes à sa sortie ; il a présenté des abcès sous-cutanés du cuir chevelu quelques jours après sa naissance.

M. Pinard nous a dit avoir revu souvent cette malade depuis son opération.

La mère et l'enfant ont une excellente santé.

CONCLUSIONS

I. — Les sarcomes de l'ovaire sont rares, mais cette rareté n'est que relative, paraissant tenir surtout à l'insuffisance du diagnostic. La fréquence de cette affection semble en effet augmenter à l'heure actuelle : les interventions qui se multiplient permettent de mieux constater la présence de ces néoplasmes.

II. — Leur étiologie est obscure; elle a beaucoup d'analogie avec celle des tumeurs malignes, et leur symptomatologie présente peu de différence avec celle des tumeurs solides de l'ovaire; mais il faut tenir compte de leur rapidité d'évolution, de la coexistence d'un épanchement ascitique précoce, abondant, rebelle, et de l'absence de phénomènes utérins proprement dits. Il faudra toujours pratiquer l'hystérométrie pour s'assurer des dimensions de la cavité utérine.

III. — Les sarcomes de l'ovaire ont généralement une durée très courte, la cachexie est précoce, et leur généralisation aux organes éloignés (poumon, foie, rein et cœur) est rare; mais, à moins d'un développement très prononcé, d'un enclavement dans le petit bassin, ces néoplasmes sont moins dangereux que les tumeurs utérines.

IV. — Le diagnostic, quoique très difficile, est possible ; il doit être fait de bonne heure et, si l'on doute, pratiquer au besoin la laparotomie exploratrice qui est d'autant plus légitime que, dans tous les cas, la tumeur doit être enlevée. Le diagnostic des variétés anatomiques offrira toujours de grandes difficultés, il ne pourra être fait qu'après l'examen histologique.

V. — La femme atteinte d'un sarcome de l'ovaire peut devenir enceinte, et l'évolution de sa grossesse se faire normalement, au moins pendant un certain temps. Cette présence simultanée d'un sarcome ovarique et d'une grossesse, ne doit pas empêcher le chirurgien d'intervenir.

VI. — L'ablation précoce de la tumeur est le seul traitement rationnel des sarcomes de l'ovaire, à moins toutefois que la malade ne soit entrée dans la période cachectique, dans ce cas, on devra s'en tenir à la ponction ascitique.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Assaky.** — Sarcome encéphaloïde de l'ovaire (*Bulletin de la Société anatomique*, 1879).
- Atlee.** — Des sarcomes de l'ovaire (*Transact. of the Americ. gyn. Soc.*, 1877).
- Atthill.** — Sarcome de l'ovaire (*Pat. Soc. of Lond. in the Dublin Journ. of med.*, 1875).
- Budin.** — Tumeur solide de l'ovaire (*Bull. de la Soc. anat.*, 1875).
- P. Bourgoïn.** — *Etude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente* (Thèse Paris, 1894).
- Brindel.** — Sarcome des deux ovaires (*Gaz. méd. Paris*, 18 août 1894).
- Clemens.** — Sarcome médullaire de l'ovaire (*Deutsche klinik*, 1873).
- Cazenave.** — *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale* (Thèse Paris, 1895).
- Cornil et Ranvier.** — *Manuel d'histologie pathologique.*
- Croom.** — Sarcome de l'ovaire avec développement sexuel prématuré (*Lectures on diseases of women School of medicine Edinburgh*).
- Delbarre.** — Sarcome des ovaires (*Bull. de la Soc. anat.*, 1870).
- Delbet.** — *Traité de chirurgie.*
- Eckardt.** — Ueber endotheliale Eierstoktumoren (*Zeitschrift. fur. geb. und. gyn.*, 1889, p. 344).
- Fasbender.** — Sarcome kystique de l'ovaire (*Berlin. klinik. Wochenschr.*, 1880).
- Fischel (Wich).** — Adéno-sarcome kystique de l'ovaire (*Prog. mod. Wochenschr.*, 1876).
- Heim.** — Ueber solide ovarialtumoren (*Dissert. inaug. Erlangen*, 1894).
- Jarry.** — Sarcome mélanique généralisé du bassin et des ovaires (*Bull. de la Soc. anat.*, 1881).
- Lobeck.** — Sarcome de l'ovaire (Société méd. de Dresde) (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1874).

- L. Ladouce.** — *Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire* (Thèse Paris, 1890).
- Lamarque.** — *Sarcome des deux ovaires* (Thèse Bordeaux, 1889).
- Mengershausen.** — *Cysto-sarcome des ovaires* (*Inaug. Dissert. Iena*, 1876).
- Morgagni.** — *Kysto-sarcome* (lettre 39).
- Morisani.** — *Cysto-sarcome de l'ovaire* (in *il Morgagni*, Naples, 1878).
- Murray.** — *Fibro-sarcome de l'ovaire* (*Transact. of the obstetr. Soc. of London*, XII).
- Malassez et de Sinéty** — (*Archiv. physiol.*, 1879, p. 647 et suivantes et p. 867).
- Nelson.** — *Fibro-sarcome ovarique* (*Soc. gyn.*, Chicago, 1887).
- Nicaise.** — *Fibro-sarcome de l'ovaire* (*Bull. et mém. Soc. de chirurg.*, Paris, 1881, p. 554).
- Cetinger et Tissier.** — *Tumeur solide de l'ovaire, sarcome fasciculé* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1881).
- Ozenne.** — *Sarcome des ovaires* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1880).
- Pomorski J.** — *Endothelioma ovarii*, 1890.
- Pinard A.** — *Traité du palper abdominal*, 1889.
- Péan.** — *Clinique chirurgicale*, 1879, 1880, 1882, 1883, 1884.
- Petit.** — *Société d'anatomie de Bordeaux*, 1885.
- Polaillon.** — *Archives de tocologie*, 1885.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, 1898.
- Rémy.** — *Sarcome kystique de l'ovaire* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1874).
- Routier.** — *Sarcome de l'ovaire* (*Médecine moderne*, 1891, p. 897).
- Segond.** — *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus.
- Stillling.** — *Sarcome de l'ovaire droit* (*Deutsche klinik.*, 1868, n° 20).
- Terrier.** — *Tumeur solide des deux ovaires* (*Mém. de la Soc. chirurg.*, 1878 et *Arch. gyn.*, 1879).
- Viguiet.** — *Sarcome fasciculé de l'ovaire* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1872).
- Vineberg.** — *Fibro-sarcoma of the ovary* (*The americ. gyn. and. obs-tetr.*, New-York, 1877).
- Ziembicki.** — *Des tumeurs solides de l'ovaire* (Thèse Paris, 1875).

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
